Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Boulevard de l'hôpital
75364 Paris Cedex 14

# « Etre » en souffrance

## Les angoisses chez l'enfant : Une souffrance psychique aux multiples expressions psychocorporelles

Mémoire présenté par **Déborah ALBERGE**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de mémoire :

**Estèle CAZALIS**

Session Juin 2016

# Remerciements

Merci à l'IFP qui nous forme tout d'abord à un merveilleux métier mais qui nous offre aussi le plus beau des voyages, à la découverte de nous même.

Je remercie Christine BOULEY, ma maitre de stage, qui m'a permis d'affiner mon regard clinique tout au long de cette année. Merci pour la confiance que tu m'as accordée.

Je remercie également Estèle CAZALIS, ma référente de mémoire, qui a su me guider dans la rédaction de mon mémoire malgré le peu de temps que nous avons eu.

Tout simplement merci Mathéo. Sans ta rencontre, ce mémoire n'aurait probablement pas vu le jour sous cette forme. Je tiens également à remercier tous les patients que j'ai pu croiser au cours de mes différents stages.

Merci aussi à mes amis de l'IFP. J'ai pu grandir et évoluer à vos côtés.

Merci à ma famille et plus particulièrement à mes parents qui m'ont soutenu mais qui ont surtout supporté mes rires, mes pleurs et mes angoisses tout au long de cette année en étant pourtant à distance. Ne vous inquiétez pas, je retrouverai ma joie de vivre très prochainement !

Je tiens également à remercier Corine, ma tante, sans qui ce fabuleux métier me serait encore inconnu. Tu m'as soutenue quand j'en avais le plus besoin et tu as su faire naître en moi une curiosité que je n'attendais plus. Alors un grand merci.

A vous, Mme Poupon, je ne saurais jamais comment vous remercier pour ces trois années magnifiques passées dans cette belle ville qu'est Paris.

# Sommaire

Introduction ..... 5

**Première partie : Etude de cas ..... 6**

**I. Présentation de la structure ..... 8**

a. Généralités ..... 8
b. Les intervenants ..... 8
c. Le fonctionnement ..... 9
d. La psychomotricité ..... 9

**II. Cas clinique : Mathéo ..... 10**

a. Motif de consultation au CMP ..... 10
b. Anamnèse ..... 10
c. Conclusion de l'entretien d'accueil au CMP ..... 11
d. Prises en charge proposées ..... 11
e. Bilan psychomoteur ..... 12
f. Notre première rencontre ..... 14
g. Projet thérapeutique ..... 15
h. La prise en charge psychomotrice : déroulement et évolution ..... 16

**Seconde partie : Apport théorique ..... 28**

**I. Construction d'un état interne solide et fiable ..... 30**

a. Soins maternels et intégration du Moi ..... 30
b. Le sentiment de continuité d'existence ..... 31
c. Le Moi peau : concept et fonctions ..... 32
d. Le tonus musculaire : développement chez le jeune enfant et fonctions psychiques de la tonicité primaire ..... 35
e. La fonction de contenance ..... 37

**II. L'angoisse de séparation ..... 41**

a. Définitions ..... 41
b. Critères de diagnostic selon les différentes classifications ..... 42

1) Le DSM-IV ..... 42
2) La CIM-10 ..... 43
3) Etude sur la phénoménologie du trouble angoisse de séparation par FRANCIS et coll. ..... 43
c. Sémiologie ..... 43
d. Co-morbidité ..... 44
e. Modèles de compréhension de l'angoisse de séparation ..... 46
1) Les théories psychodynamiques ..... 46
2) La théorie de l'attachement ..... 48
3) Approches neurobiologiques ..... 50

**III. L'angoisse d'effondrement ..... 53**

**Troisième partie : Discussion ..... 55**

**I. Expressions psychocorporelles des angoisses de séparation et d'effondrement .. 56**
a. La tonicité ..... 56
b. Les enveloppes psychiques et corporelles ..... 58
c. L'axialité ..... 59
d. La motricité – gestualité ..... 60

**II. Comment contenir l'angoisse ? ..... 61**
a. Le cadre thérapeutique ..... 61
1) Les composantes physiques du cadre thérapeutique ..... 62
2) Fonctions du cadre thérapeutique ..... 64
b. Fonctions du psychomotricien ..... 66

Conclusion ..... 69

Bibliographie ..... 70

# Introduction

Il y a quatre ans, j'ignorai tout du métier de psychomotricien. Alors pourquoi m'être orientée vers ce métier ? Comme toute formation impliquant la personne, nous ne la suivons pas par hasard. Elle fait appel à notre propre histoire. Alors pourquoi ? Pour soigner ? Peut-être. Aider à surmonter une souffrance ? Certainement. Sensible à la souffrance des personnes qui m'entourent (peut-être trop d'ailleurs), cette formation m'a permis de pouvoir me mettre à distance, de trouver une juste distance relationnelle dans la thérapie psychomotrice.

Mais qu'est ce qu'une souffrance et plus particulièrement une souffrance psychique ? Souffrir, c'est endurer, éprouver, supporter quelque chose de désagréable. Elle altère le rapport à autrui, et renvoie l'individu à lui-même. Le sujet se retrouve seul face à sa souffrance. Il ne peut souvent que peu ou pas l'exprimer et la décrire avec des mots. Dans certains cas, cette difficulté de communication de la souffrance à son environnement, rend ce même environnement hostile et possiblement menaçant. Le sujet peut alors considérer cette souffrance comme l'idée d'un destin de souffrance auquel il se résigne.

Avant le début de mon stage de troisième année, j'avais une vague idée de ce qu'allait être mon mémoire. Tout d'abord orienté sur la douleur physique et ses impacts sur le développement psychomoteur, c'est la rencontre avec un jeune garçon, Mathéo, qui a fait évoluer mon idée de départ. Il m'a interpellée par la souffrance qui émanait de lui. Mathéo m'a permis d'approcher la complexité et la multiplicité des troubles et expressions que pouvait avoir une souffrance. La question du corps reste tout de même très présente. Selon POTEL C., « le corps est le lieu de l'histoire et de la préhistoire de chacun »[1]. Le corps se trouve donc être le lieu d'expression de nos mouvements psychiques internes. Je me suis alors demandée quelles pouvaient être les expressions psychocorporelles engendrées par une souffrance psychique chez l'enfant. Et, en m'appuyant sur l'étude clinique de Mathéo, je considère, comme souffrance psychique, les angoisses qu'il peut présenter au cours des séances de psychomotricité mais également dans sa vie quotidienne.

Dans ce mémoire, j'aborderai tout d'abord une partie clinique en deux temps, où je présenterai mon lieu de stage ainsi que l'étude de cas concernant Mathéo. Après avoir rappelé les principales notions théoriques relatives à la problématique de ce jeune garçon, je pourrais amorcer ma réflexion sur les expressions psychocorporelles du sujet face à ses angoisses si prégnantes et les moyens dont nous disposons en thérapie psychomotrice pour contenir l'angoisse.

[1] POTEL, 2009, p. 19

# Première partie : Etude de cas

*« Où l'on s'émerveille*

*de rencontrer des enfants*

*qui triomphent de*

*leurs malheurs »*[2].

[2] CYRULNIK, 2002, p.7

# I. Présentation de la structure

## a. Généralités

Mon lieu de stage est un Centre Médico-Psychologique (CMP) accueillant des enfants de 0 à 16 ans. Il fait partie de l'intersecteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Centre Hospitalier de M.. Cet intersecteur est dirigé par un médecin pédopsychiatre. Il comprend :

- sept centres de consultations médico-psychologiques (CMP) dont deux spécialisés pour les tout petits de 0 à 3 ans et un autre spécialisé pour les adolescents de 12 à 20 ans,
- trois Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP),
- une maison des adolescents,
- une unité d'évaluation des Troubles envahissant du développement (TED) et de l'Autisme,
- trois hôpitaux de jour,
- une « équipe mobile adolescents »,
- ainsi qu'un accueil familial thérapeutique.

L'appellation Centre Médico-Psychologique remplace le terme Dispensaire d'Hygiène Mentale dans l'arrêté de mars 1986. C'est un établissement de service public de santé ; les consultations et les soins sont gratuits. D'après le circulaire du 14 mars 1990, les missions du CMP sont la prévention, le dépistage, le soin, le suivi et le maintien dans le tissu social.

## b. Les intervenants

L'équipe pluridisciplinaire du CMP est composée :

- d'une pédopsychiatre (temps plein), responsable de l'équipe,
- de deux psychologues (deux temps plein),
- d'une orthophoniste (mi-temps),
- d'une psychomotricienne (mi-temps),
- d'une assistante sociale (mi-temps),
- et d'une secrétaire (temps plein).

### c. Le fonctionnement

Les entretiens d'accueil :

La demande de premier entretien au sein du centre doit être faite par la famille. Un rendez-vous leur est alors proposé avec l'un des consultants. Les consultants sont la pédopsychiatre et les deux psychologues. De cet entretien d'accueil découle un suivi éventuel au sein de la structure.

Les réunions de synthèse :

Une réunion de synthèse a lieu tous les jeudi matin. Elle réunit l'ensemble des professionnels intervenant au CMP. Cette réunion permet de faire le lien entre les différents professionnels qui prennent en charge un même enfant, et de croiser les regards, pour proposer une prise en charge cohérente. C'est aussi le lieu de réflexion au sujet de situations qui posent question, des difficultés rencontrées par les différents professionnels. Lors de ces réunions se décident le début ou la fin de certaines prises en charge.

### d. La psychomotricité

La psychomotricité est présente au sein du CMP depuis de nombreuses années et sa place est donc bien installée. Christine, la psychomotricienne, reçoit des enfants âgés de 4 à 15 ans. Elle réalise des bilans psychomoteurs à la demande des consultants et décide par la suite d'un éventuel suivi.

La salle de psychomotricité est le lieu des prises en charge psychomotrices mais aussi des différents groupes mis en place au CMP. La disposition et la mauvaise insonorisation des locaux, oblige à mettre en permanence de la musique dans la salle d'attente pour respecter la confidentialité.

Les prises en charge sont individuelles ou groupales. J'ai pu participer à ces deux modes de prises en charge. En individuel, les enfants viennent le plus souvent une fois par semaine pour des séances de 45 minutes. Le groupe « argile » mené par la psychomotricienne, un stagiaire psychologue et moi-même, reçoit quatre enfants de 4 à 8 ans pendant une heure.

# II. Cas clinique : Mathéo

*Les informations suivantes sont tirées du dossier de Mathéo et de discussions avec les différents intervenants de sa prise en charge*

a. Motif de consultation au CMP

Mathéo et ses parents sont orientés vers le CMP sur les conseils de l'école maternelle en juin 2010, il a alors 3 ans et demi. A l'école, il se montre agressif avec les autres enfants, les tape ; et ces derniers ne veulent pas jouer avec lui du fait de son comportement. Il a eu une petite sœur il y a un peu plus d'un an. Il vient donc en consultation au CMP pour des troubles du comportement et une hétéroagressivité.

b. Anamnèse

Mathéo est un jeune garçon de 9 ans, en classe de CM1. Il a une petite sœur de deux ans sa cadette. Mathéo vit avec ses deux parents, qui, tous deux, travaillent. Madame est infirmière dans un service de psychiatrie adulte et Monsieur est vendeur de marchandises en sous-douane. Le père de Mathéo est originaire du Mali et est l'avant dernier d'une fratrie de 10 enfants. Il est arrivé en France à l'âge de 6 ans et a été élevé par une de ses sœurs, les autres membres de sa famille étant restés au Mali. La mère de Monsieur ne comprend pas le mode de vie occidental de son fils même si elle ne s'est pas opposée à l'union de ce dernier. La mère de Mathéo, elle, est d'origine française. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle avait 6 mois et elle a une demi-sœur de deux ans sa cadette.

Mathéo est né 15 jours avant-terme (38 SA) par voie basse, sous péridurale avec un poids de 2,650 kg et une taille de 51cm. La grossesse est décrite comme « idyllique » par Madame. A ses dires, l'accouchement s'est bien passé. Il est allaité pendant quatre mois, il tête en petite quantité mais très fréquemment. Il n'est observé aucun problème alimentaire et digestif par la suite. Cependant, Madame décrit Mathéo comme pleurant beaucoup dès qu'elle s'éloignait pendant les premiers mois. Il intègre une crèche à l'âge de 5 mois. Ses premières nuits se font vers 4/5 mois. Les parents notent de nombreux cauchemars qui débutent vers l'âge de 2 ans, Mathéo finissant ses nuits dans le lit de ses parents. Actuellement les cauchemars sont toujours présents, Mathéo exprime une peur de s'endormir. Madame retrouve la chambre allumée tard dans la nuit malgré la présence d'une veilleuse. La marche est acquise à 12 mois sans passer par l'étape du quatre pattes. Le développement du langage s'est faire normalement semble-t-il. Mathéo a acquis la propreté diurne et nocturne à l'entrée en maternelle.

c. Conclusion de l'entretien d'accueil au CMP

Le consultant qui reçoit Mathéo et ses parents lors de ce premier entretien est une psychologue du CMP. Elle effectue une anamnèse de Mathéo et sa famille. Les parents présentent alors les troubles de comportement de Mathéo à l'école. Mais ils abordent aussi les difficultés de ce dernier à quitter sa mère lors du début de la classe. Apres observation de Mathéo, la consultante du CMP émet l'idée d'une grande angoisse de séparation présente chez ce petit garçon.

Par la suite, un diagnostic de trouble névrotique sans précision est posé en avril 2011, Mathéo a 4 ans et demi. Je n'ai pas pu obtenir plus d'informations quant à la pose de ce diagnostic qui me pose tout de même question, sachant qu'il n'a pas été posé par un membre de l'équipe du CMP.

d. Prises en charge proposées

Suite à l'entretien d'accueil, commence une prise en charge tout d'abord psychologique puis une psychomotrice, marquées par de nombreuses ruptures. Une prise en charge psychologique est mise en place en septembre 2011 (Mathéo a 4 ans et demi et est en grande section de maternelle) à raison de deux fois par semaine pour des troubles du comportement à l'école (refus de faire le travail demandé, opposition marquée) et à la maison mais également pour une symptomatologie d'encoprésie avec des périodes de 4-5 jours de rétention des selles qui disparaitra à la fin de l'année scolaire. A la demande de la psychologue du CMP, un bilan suivi d'une prise en charge psychomotrice débute en novembre 2011, Mathéo a alors 5 ans. Je n'ai pas de renseignements concernant le motif de cette indication. Le départ de la psychologue et l'arrivée de sa remplaçante en avril 2013 entraine une rupture des soins. Mathéo a 6 ans et demi. La nouvelle psychologue du CMP rencontre alors Mathéo et ses parents pour la reprise du suivi. Mathéo fait état de son souhait de continuer la psychothérapie lors de ce rendez-vous. Elle lui propose alors des entretiens préliminaires tous les 15 jours dans un premier temps. Depuis lors, Mathéo est suivi une fois par semaine en psychothérapie. Les premiers entretiens avec la psychologue sont le lieu de difficultés de séparation d'avec sa mère, Mathéo ne voulant pas entrer dans le bureau. Une deuxième rupture a lieu quelques mois après la première, Mathéo a 7 ans. La psychomotricienne, en remplacement d'un congé maternité quitte le CMP à son tour. Christine reprend la suite de la prise en charge en continuant de voir Mathéo une fois par semaine. Mathéo est donc pris en charge au CMP, le mercredi, tout d'abord en psychothérapie puis par la suite en psychomotricité.

Malgré les différentes prises en charge au CMP, les difficultés relationnelles à l'école persistent et des difficultés d'apprentissage sont mises en évidence. Il ne respecte pas toujours les règles, se montre violent et est fréquemment impliqué dans les bagarres. Les relations avec ses pairs sont généralement conflictuelles. Des difficultés relationnelles avec sa sœur sont aussi présentes, Mathéo exprimant beaucoup de jalousie. La maîtresse observe par ailleurs des problèmes de concentration,

une attention très labile, un manque d'autonomie et un besoin constant des sollicitations de l'adulte. Il semble y avoir un pauvre investissement scolaire. L'apprentissage de la lecture se fait tout de même au CP sans difficultés particulières. Mais de faibles résultats en mathématiques sont observés. Mathéo montre peu de confiance en lui-même et met en place des stratégies d'évitements. La psychologue scolaire transmet au CMP que Mathéo est un enfant qui montre des angoisses majeures, se grattant la peau parfois jusqu'au sang et grattant également sa chaise et sa table qui se retrouvent alors très abîmées.

Lors de sa scolarité Mathéo tombera aussi sur un maître qui le malmènera durant une année scolaire, allant jusqu'à le filmer en pleine classe pour montrer « la folie » de Mathéo à ses parents.

En avril 2014 (Mathéo a 7 ans et demi), à la demande de la psychologue scolaire, les parents de Mathéo vont consulter un psychomotricien en libéral pour des difficultés graphiques et une éventualité de dyspraxie. Un bilan est alors réalisé et est suivi d'une prise en charge hebdomadaire. Le CMP ne l'apprendra que 8 mois après par l'intermédiaire des propos de Mathéo. Les parents semblent alors gênés par cet évènement. La prise en charge psychomotrice en cabinet libéral prend fin, marquant à nouveau une rupture pour Mathéo. Ces nombreuses ruptures de soins qui ont jalonnées les prises en charge de Mathéo ont peut-être majoré ses angoisses déjà présentes.

Au regard de la psychologue du CMP, depuis environ un an, Mathéo est moins agité et s'est beaucoup autonomisé notamment à la maison où cela se passe désormais mieux sur le plan du comportement. A l'école, Mathéo reste très angoissé et les troubles du comportement persistent alors. Mathéo amène quotidiennement un objet de chez lui à l'école pouvant être un signe apparent d'une angoisse de séparation. Il présente aussi des angoisses désorganisantes entrainant des difficultés de concentration. Le milieu scolaire reste anxiogène pour Mathéo et l'intégration au groupe est encore parfois difficile. Il manque de confiance en lui et se dévalorise.

Un dossier MDPH est réalisé pour une demande d'AVS et l'intégration d'un SESSAD. Il est en attente de ces deux aménagements depuis un an et demi.

e. Bilan psychomoteur

Il est orienté vers la psychomotricienne du CMP pour un bilan en décembre 2011 ayant pour conclusion l'observation d'une agitation, de la présence de difficultés à se repérer dans le temps et dans l'espace. Elle met aussi en évidence d'importants troubles de la coordination ainsi que la présence d'un regard fuyant par moment, comme pour se couper de la relation. Ce bilan découlera sur une prise en charge en psychomotricité une fois par semaine. Christine a donc pris le relai des prises en charge en 2013. Je vous retranscrirai ici un bilan réalisé en avril 2014 (à 7 ans et 4 mois) par le psychomotricien en libéral dont je vous ai évoqué le contexte précédemment. Je n'ai pas effectué

un nouveau bilan pour Mathéo, le trouvant très en difficulté lors des séances et ne voulant pas l'en priver.

*« Durant le bilan, Mathéo s'engage plus facilement dans les activités motrices que dans le travail sur table. Lorsqu'il rencontre certaines difficultés à effectuer la tâche demandée, il ne semble pas écouter les conseils mais les prend en compte peu de temps après.*

***Motricité :***

*Mathéo présente une coordination dynamique générale correcte avec dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne, un axe corporel assurant de bonnes liaisons entre le haut et le bas du corps. Les jeux d'équilibration sont efficaces. Les coordinations oculo-pédestre et oculo-manuelle sont de bonne qualité. On peut tout de même noter que Mathéo peut présenter une motricité s'organisant dans le registre pulsionnel, de manière agressive.*

*Lors du test d'imitation de gestes de Bergès, la géométrie corporelle est de bonne qualité avec des compétences de réversibilité mises en place.*

***Le schéma corporel :***

*Le test de construction du corps et du visage de face de Meljac-Bergès permettant d'évaluer les représentations mentales du schéma corporel sans liens rapprochés avec la proprioception, les affects, et l'éprouvé corporel est entièrement réussi. Le test du bonhomme de Goodenough est, quant à lui, très immature sur le plan des représentations opératoires mais met en avant les préoccupations pulsionnelles de Mathéo.*

***Le tonus :***

*Lors de l'examen du tonus, Mathéo présente une grande capacité de relâchement volontaire des membres supérieurs en mobilisations passives.*

***La latéralité :***

*Mathéo présente une latéralité à droite pour les membres supérieurs et inférieurs. Le test d'orientation droite/gauche de Piaget-Head indique que Mathéo est capable d'une reconnaissance sur soi, sur autrui, avec croisement de l'axe et changements de référentiels.*

***Organisation et structuration spatiale :***

*Le test graphoperceptif de Bender donne un score situé légèrement au dessus de -1DS des 7 ans. La figure complexe de Rey obtient un meilleur score en mémoire qu'en copie. Le test des trajets simples*

*d'Agostini qui consiste en la reproduction dans la salle de parcours présentés sur plans parvient à la réussite de 3 items sur 10. Il obtient un score se situant en dessous de -2DS.*

***Sur le plan graphique :***

*Lors de la passation du test de copie de texte BHK, Mathéo présente des crispations importantes réduisant la vitesse de production ainsi qu'une tenue du crayon avec chevauchement du pouce perpendiculaire à l'index et au majeur, un poigné bloqué en hyperextension, peu de mobilité des doigts et une hypersudation. Il obtient un score légèrement en dessus de -1DS. Le bilan clinique de Soubiran montre que certains prérequis et notamment les boucles à l'envers ne sont pas automatisés.*

***Conclusion :***

*Mathéo présente un bon niveau d'expression verbale mais a des difficultés de structuration spatiale avec un manque de planification court-circuité par son impulsivité et entravant ainsi la qualité de ses productions. Il a un besoin important d'être stimulé par l'adulte ainsi qu'être réassuré en ses capacités. »*

A la lecture du bilan, Mathéo montre toujours des signes d'opposition. Il est noté une activité motrice s'organisant sur le registre pulsionnel et exprimant beaucoup de violence. La passation d'un test évaluant l'impulsivité de Mathéo comme le test d'appariement d'images de MARQUET-DOLEAC J., ALBARET J-M. et BENESTEAU J. aurait été intéressant pour approfondir cette problématique, seulement abordée de manière partielle dans ce bilan. Les troubles de la coordination observés en 2011 ne sont plus présents à ce jour, Mathéo montrant une aisance corporelle. L'abord du domaine attentionnel fait également défaut dans ce bilan. Mathéo montre cependant des difficultés de concentration à l'école, du fait d'une attention qui apparaît comme labile dans la description de la maitresse. La question d'un trouble attentionnel peut alors se poser. Enfin, le passage à l'écrit semble angoisser Mathéo et il peut ainsi manifester une tonicité élevée et une hypersudation. Un bilan plus poussé nous aurait peut être permis de statuer quant à un possible trouble des apprentissages, mais il est important de mettre en avant les angoisses de Mathéo qui semblent être prégnantes chez lui.

f. <u>Notre première rencontre</u>

Quand je rencontre Mathéo pour la première fois, il est suivi en psychomotricité depuis 4 ans. Il a 8 ans 11 mois mais je le trouve très grand (en taille) pour son âge. Il se présente à moi comme un garçon qui n'a peur de rien, « c'est le plus fort ». Il se tient très droit et paraît très sérieux. Christine me dit par la suite que c'est le « caïd » de son école. Il instaure une certaine distance durant les premières minutes. C'est peut être sa manière à lui de marquer ma présence car il ne verbalise pas son questionnement de me voir dans la salle par le langage oral comme l'on fait d'autres enfants par exemple. Mais surtout, c'est probablement un moyen de protection. Créer une nouvelle relation

représente peut être le risque d'une nouvelle séparation. Ensemble nous regardons alors son dossier comme un retour sur ses années de prises en charge au CMP. Christine ressort l'ensemble de ses réalisations (dessins, peintures, labyrinthes, etc.). Il ne se souvient pas de tout ce qu'il a pu produire et a même l'air étonné et curieux face à certaines de ses productions. Mathéo a ainsi pu rester un moment assis au bureau en début de séance. Il décide ensuite de faire un jeu de balle, testant les propriétés de différentes balles. Mathéo repère alors le ballon physio représentant pour lui « le soleil » (d'après ses termes). Il fait alors des bruits mimant des explosions, nous dit que ce sont des planètes qui explosent. Serait-il l'une de ces planètes qu'il décrit ? Seul et perdu dans l'espace ? L'espace représentant peut être le vide interne que ressent Mathéo. Un certain vide s'installe. Et il choisit, sans transition, de faire une partie de hockey, dégageant beaucoup d'énergie dans nos échanges. Il passe de nombreuses fois au sol comme dans un effondrement corporel et psychique, pour enfin y rester. On observe alors un nouveau moment de vide où il est difficile de capter son attention et d'entrer en contact avec lui. C'est la fin de la séance et Mathéo a du mal à « reprendre vie ». Il y parvient tout de même et sort de la salle d'un pas nonchalant, reprenant son attitude de départ avec une impression que rien ne peut atteindre ce jeune garçon.

Mathéo est un garçon qui peut tout à fait donner le change dans une conversation avec un niveau d'expression orale développé pour son âge. Mais après seulement une séance avec lui, je peux distinguer deux facettes de Mathéo. Une première où il lutte contre lui-même pour apparaître au reste du monde comme fort. Et une seconde où Mathéo vient déposer, dans ses séances de psychomotricité, toute sa fragilité, cherchant la régression, incohérent parfois dans ses propos et envahi par de nombreuses angoisses. Il se laisse aller dans un endroit et un cadre qui, pour lui, paraît rassurant de par peut être notre capacité en tant que thérapeute à accueillir et faire avec la partie de lui-même qu'il n'accepte pas et qu'il cherche à mettre à distance. La salle de psychomotricité et le CMP en général semble être un lieu où il peut déposer ses angoisses.

g. <u>Projet thérapeutique</u>

Généralement le projet thérapeutique se construit à partir du bilan psychomoteur réalisé en amont. Cependant n'ayant pas effectué moi-même de bilan, le projet thérapeutique que je vous présente s'appuie sur mes observations et sur les indications de Christine, la psychomotricienne.

Un axe thérapeutique prédominant émerge face aux difficultés de Mathéo. Les angoisses ainsi que les manifestations de celles-ci qui l'envahissent et parasitent ses interactions avec le monde extérieur me semblent être au centre de sa prise en charge mais en être surtout le point de départ. La mise en place d'un cadre sécure, dans lequel il a confiance, me semble être le premier travail pour qu'il puisse exprimer, verbaliser et mettre en jeu ses angoisses. Il a probablement besoin de sentir que l'on contient ses angoisses et ses émotions mais aussi que l'on en fasse quelque chose, que l'on

y apporte peut être de l'écoute, des réponses (même de l'ordre corporel). Un travail sur la contenance et les enveloppes à la fois physique et psychique lui permettra alors d'intérioriser un bon objet solide à l'intérieur de lui et également de vivre son corps comme un repère stable sur lequel il peut s'appuyer. Il faudra alors s'attacher plus particulièrement à la revalorisation de Mathéo pour qu'il ait une meilleure estime de lui-même. Ce dernier montre un grand manque de confiance en ses capacités et se dévalorise à de nombreuses reprises.

Enfin, un autre axe se tournera vers la trace, le graphisme, la possibilité du passage à l'écrit qui permettrait de le réinscrire dans sa scolarité et donc dans une sphère sociale. Cependant, ce travail ne sera possible seulement lorsque Mathéo se sera saisi du premier axe thérapeutique.

h. La prise en charge psychomotrice : déroulement et évolution

Mathéo est suivi en psychomotricité une fois par semaine pour des séances de 45 minutes. Cette séance suit celle de sa psychothérapie ce qui me questionne quant à sa capacité à intégrer toutes ces informations.

**D'octobre à fin décembre 2015 :**

Chaque semaine, nous retrouvons Mathéo après sa séance de psychothérapie. Il attend dans la salle d'attente, seul. Il me paraît : le visage lisse, fermé et triste. Son regard est vide. Au cours de ces trois premiers mois de prise en charge en ma présence, je n'apercevrai son père qu'une seule fois lorsqu'il vient chercher son fils mais ne verrai pas sa mère. Ils arrivent souvent en retard pour venir le récupérer au CMP. Mathéo a tendance à entrer dans la salle de psychomotricité très las, restant figé dans l'état qu'il avait en salle d'attente et n'exprimant pas souvent d'émotions. Il ne commence à dire un mot que lorsqu'il est installé au bureau.

Au cours de cette période, j'ai pu repérer que les séances s'articulent en quatre temps. Tout d'abord Mathéo se présente à nous mou et abattu. Cet aspect de lui est-il le reflet de son état interne ? Est-il dû à l'enchainement de sa psychothérapie et de sa séance en psychomotricité ? Il choisit par la suite un jeu moteur pendant lequel il dégage beaucoup d'énergie et recrute une tonicité très importante comme dans un besoin de décharge tonique et émotionnelle. Une certaine agressivité émane alors de lui. Arrive ensuite un moment que j'appellerai moment de régression où Mathéo s'effondre tant physiquement que psychiquement. C'est le temps de la séance où il laisse transparaître de manière flagrante toute sa fragilité et ses angoisses. Et le dernier temps est celui du départ qui reste très difficile pour lui à chaque fin de séance. Mathéo reste de longues minutes, le visage figé, le corps allongé et plaqué au sol, se faisant tout mou lorsque nous le soutenons. Il aura durant toute cette période beaucoup de mal à « reprendre vie » avant sa sortie de la salle.

J'illustrerai ces premiers mois de prise en charge, en ma présence, par le récit de deux séances qui me paraissent être les plus représentatives des différents temps exposés précédemment ainsi que de la détresse dans laquelle se trouve Mathéo.

Séance 2 : 14 octobre 2015 :

Mathéo entre dans la salle avec une lassitude qui se peint sur son visage. Il ne parle pas et ne répond pas à nos « bonjour ». Nous regardons alors ce que nous avons fait la semaine précédente. Christine lui propose le jeu du labyrinthe qu'il refuse mais nous lui proposons alors de n'ouvrir que la boîte pour voir les éléments qui la composent. Mathéo décide tout d'abord de monter le plateau pour voir la formation du labyrinthe (ce qu'il affectionne particulièrement). Puis de fil en aiguille, nous commençons une partie. Mathéo s'en sort très bien, comprend vite les règles du jeu. J'ai l'impression, par moment, qu'il ne regarde pas le jeu, qu'il n'est plus concentré mais il me surprend en donnant une solution pour aider Christine. Mathéo exprime vers la fin du jeu qu'il s'ennuie en attendant son tour mais reste tout de même assis sans s'agiter. Nous rangeons ensuite le jeu et vient alors un petit moment de flottement où Mathéo monte à l'espalier. Il veut que nous mettions le matelas en-dessous pour qu'il puisse sauter. Il saute d'une manière peu anodine, se laissant « s'écraser » sur le tapis qu'il décrit comme « blanc » et qui lui fait penser à du « carrelage ». Nous installons ensuite des tapis sur le sol pour recouvrir une partie de la pièce (environ 3x3m). Mathéo fait des roulades avant qu'il réussit et des roulades arrière qui le désorganisent sur le plan corporel. Ses bras et ses jambes partent alors dans tous les sens. Il met un appui très prononcé sur sa nuque. J'observe alors un rapport à son corps très particulier. Mathéo ne fait pas attention à lui et risque de se faire mal à plusieurs reprises. Il est en recherche d'un contact appuyé, dur.

Par la suite, Christine lui passe le ballon physio sur l'ensemble du corps, lorsqu'il arrive enfin à se poser sur le matelas. Je n'observe tout de même pas de détente. Il verbalise que son corps craque. Pense-t-il que des parties de son corps pourraient se décrocher de son buste ? Mathéo effectue beaucoup de bruitages sans discontinuité. Ce sont des bruits très aigus. Il met aussi ses poings sur ses yeux et dit « mes yeux sont arrachés » « ils sont sur mes poings ». Mathéo fermant les yeux très fortement et nous les montrant alors.

La fin de la séance arrive et il a beaucoup de mal à quitter la salle. Il s'écroule sur le sol se laissant presque traîner au sol. Il ne veut pas remettre ses chaussures seul mais accepte que nous l'aidions. J'observe un grand besoin d'étayage, de contenance et même de maternage, ce qui n'apparaissait pas en début de séance.

Au cours de cette séance, nous pouvons déjà observer les différents temps que je vous ai évoqué. Cependant, ce qui me marque le plus, est le rapport qu'a Mathéo avec son corps et face à son environnement. Ses représentations sont de l'ordre d'un corps démantibulé, qui ne tient pas. Il peut

tout de même l'exprimer, sous forme d'une mise en scène. J'ai l'impression, lors de cette séance, que Mathéo a été envahi par ses angoisses dans un moment de transition marqué par la fin du jeu du labyrinthe. Il est aussi capable de montrer son besoin d'être contenu, porté (comme dans une recherche du *holding* maternel de WINNICOTT D.W.) dans les moments qui sont, pour lui, difficile tel que celui de la fin de séance, de la séparation.

Séance 6 : 2 décembre 2015 :

Mathéo arrive avec le sourire aujourd'hui. Cependant ce n'est pas un sourire franc, j'ai plutôt l'impression qu'il est de façade. Il ne rentre pas par une voie directe dans la salle, fait un demi-tour, remet une chaise dans la salle d'attente. Quand il entre enfin, il enlève son manteau, et va l'accrocher au porte manteau.

Il se dirige vers la toupie et se met à l'intérieur. Mathéo commence alors à tourner de manière très désarticulée. Il se laisse aller, cherche des positions infaisables. Puis nous lui proposons de se mettre en tailleur, pour le regrouper. Nous l'aidons en rassemblant ses bras et ses jambes vers son centre. Cette action me fait penser à la position que les nourrissons prennent pour se rassurer. Il tourne de manière plus harmonieuse mais cherche tout de même à donner une forte impulsion en arrière, balançant sa tête par à coup. Nous stabilisons la toupie et lui proposons de se faire une cabane en s'installant à l'intérieur. Il essai tout d'abord de se mettre entièrement dedans et de mettre un drap par-dessus mais il est trop grand pour entrer. Je lui propose alors de ne mettre que le haut de son corps et le bas sur un tapis. Il accepte, et me demande les coussins et les couvertures. Il veut enlever ses chaussures mais dit ne pas y arriver. Nous l'aidons donc. Il exprime un besoin d'être materné aujourd'hui. Il nous laisse l'installer comme s'il était un petit bébé et parle également d'une petite voix. Nous lui proposons de la musique. Il demande à ce que nous lui passions le gros ballon physio sur les jambes en appuis fort mais plus doucement sur les pieds « car ils se tordent ». Il verbalise que son cocon est comme s'il était dans « le paradis ». Mathéo parle beaucoup de la luminosité et recherche l'obscurité orange. Il me fait penser à un bébé dans le ventre de sa mère. Il reste un moment comme cela, il s'apaise. Il s'attache beaucoup à la sensorialité aujourd'hui. Puis il veut sortir la tête dans le « froid » comme il dit pour se relever petit à petit à travers un échange de gros ballon physio entre nous, il se re-tonifie petit à petit. Nous effectuons des échanges avec les mains tout d'abord puis avec les pieds et la tête, en position assise puis il se redresse et se relève. Il veut continuer l'échange de ballon mais veut installer des tapis pour pouvoir se laisser tomber sur le sol s'il le souhaite. Je trouve intéressant, ici, qu'il ait conscience de son besoin d'effondrement et qu'il puisse trouver des stratégies adaptatrices.

Dans un autre temps, Mathéo veut essayer de marquer des paniers de basket. Il se dévalorise en disant qu'il n'y arrive pas lors de ses entrainements. « Ici c'est facile » dit-il. « Le panier n'est pas

haut ». Il essai en position assise et y arrive une fois. C'est alors le moment pour lui de partir. C'est toujours très difficile pour Mathéo de quitter la salle. Son corps part dans tous les sens comme s'il était désarticulé. Il se laisse tomber sur le sol. Et nous devons le soutenir psychiquement mais aussi physiquement dans un portage pour l'aider « à reprendre vie ».

Nous retrouvons ici la tendance de Mathéo à rechercher une figuration d'un corps désarticulé qui revient à de nombreuses reprises au cours de sa prise en charge. Cette séance signe également le début d'une recherche d'un contenant représenté ici par le cocon constitué autour de lui mais aussi par le rassemblement corporel qui semble le rassurer. Ce contenant, figuré physiquement, sera beaucoup utilisé et apprécié par Mathéo au cours de la deuxième partie de prise en charge. Il peut également se montrer assez ambivalent dans ses comportements. De par ses derniers, Mathéo exprime un grand besoin de maternage. Mais l'instant d'après, c'est comme s'il se « reprenait ». On observe alors un recrutement tonique, comme un retour à la réalité où Mathéo doit se montrer fort, grand. Je ressens cette reprise comme une mise à distance. Les séparations sont difficiles et nous devons porter Mathéo jusqu'à le remettre sur pied, lui étant mou et se laissant peser de tout son poids.

Au cours de ces premiers mois, j'observe chez Mathéo une très forte angoisse de séparation en fin de chaque séance qu'il peut exprimer par un retrait émotionnel avec un visage figé, les yeux fixés sur un point ; mais aussi corporellement par son hypotonie volontaire. C'est peut être une forme d'opposition, sa manière à lui de nous expliquer la difficulté de ce qu'il est en train de vivre. Cela me fait penser aux premiers états toniques du nourrisson, où les variations toniques ont valeur de communication de ses états internes à l'environnement extérieur. Il manifeste aussi un besoin de régression et de contenant. Cependant cette difficulté à nous quitter est aussi associée à une grande difficulté à entrer en relation au début des séances. Mathéo se protégerait-il en quelque sorte, de peur d'une nouvelle rupture, d'une nouvelle séparation ? Je me demande alors si ces deux aspects de Mathéo ne sont pas le reflet de son angoisse de séparation. Mes premières questions se tournent vers ces débuts et fins de séances compliqués. Ce qui m'interpelle également durant cette première période est la mise en jeu corporelle de Mathéo. Je la décris à de nombreuses reprises comme désarticulée. J'émets alors l'hypothèse qu'elle signe l'expression d'angoisses liées à une sécurité interne fragile, de l'ordre de quelque chose qui ne tient pas à l'intérieur de lui.

**De janvier à fin mars 2016 :**

Cette deuxième partie de prise en charge est marquée par l'arrivée très attendue de l'AVS de Mathéo à l'école et par son besoin d'amener un objet de chez lui à chaque séance. Cet objet signerait-il le lien entre lui et la maison dont il doit se séparer chaque jour ? Ses difficultés à entrer et sortir de la salle sont toujours présentes. Nous mettrons en place à de nombreuses reprises au cours de cette période l'installation d'une cabane assez grande pour que nous puissions tous y entrer. Elle semble avoir une fonction de contenance des angoisses de Mathéo, comme une seconde enveloppe. Il reste cohérant à l'intérieur de celle-ci et peut mettre en jeu ses angoisses sous différentes formes. Par exemple, il utilise des duplos avec lesquels il figure des scénarii à thème de voleurs et de « méchants » qui gagnent à chaque fois, les « gentils » finissant morts et désintégrés. Il reste également en relation pendant la totalité de sa présence à l'intérieur de la cabane.

Dans la suite de mon écrit, je vous retranscrirai quelques séances au cours de cette période ainsi qu'un entretien avec la mère de Mathéo (ma première rencontre avec elle après cinq mois de prise en charge).

Séance 11 : 20 janvier 2016 :

*Je mène cette séance, Christine interviendra en début et fin, le départ étant encore plus difficile que les fois précédentes.*

Mathéo arrive assez mollement. Je me pose même la question d'un aspect dépressif. Il a apporté une voiture et un camion (pouvant transporter des gravas, de la terre, etc.). Christine ouvre son dossier – comme à chaque séance. Mathéo fait rouler son camion sur le dossier ouvert et fait semblant de déverser de la terre et des cailloux sur les feuilles. Christine mime le fait d'enlever la terre avec ses mains et referme le dossier. Il déverse alors de la terre sur son nom et son prénom. Christine balaye à nouveau la terre mais il verse du ciment en disant « on ne pourra plus l'enlever ». Il dit que l'on ne pourra plus ouvrir le dossier.

Je prends alors le relai et il décide de faire un jeu de football. Nous mettons un but de chaque côté de la pièce et commençons à jouer. Il ne veut pas marquer de points. Tout en jouant, il imite un rire de sorcière lorsqu'il marque un but. Je lui envoie le ballon et il émet le désir de le renvoyer avec différentes parties du corps (tête, torse, épaule, cuisse). Mais au fur et à mesure du temps, Mathéo s'appuie puis se laisse couler le long du matelas (formant sa cage), se retrouvant sur le sol. Je lui dis alors que je le trouve un peu fatigué et que s'il le souhaite, nous pouvons faire une cabane pour qu'il puisse s'y installer. Il accepte la proposition, mais cette construction se trouve être rectangulaire. Mathéo s'y allonge et l'associe très rapidement à un cercueil. Il imagine être à l'intérieur d'un cercueil et dit être un fantôme puis un vampire. Corporellement, il est comme bloqué dans son corps tendu,

mimant des bruits très aigus. Son visage est crispé, sa mâchoire contractée, ses yeux écarquillés. Il ne bouge plus ou seulement très peu par mouvements saccadés. J'essaie alors de le rassurer en lui disant qu'il est bien là, présent dans la salle avec moi. Qu'il me parle. Je lui touche la main et lui demande s'il me sent et il me répond que oui. Je lui dis alors que j'arrive à le toucher, que je le sens, ce qui signifie qu'il est bien là, présent. Mathéo souhaite qu'il fasse d'avantage noir dans sa cabane, je rajoute alors des couvertures (orange) sur le drap blanc. Il a l'air d'être satisfait de la « lumière orange » comme il l'appelle. Il reste un petit moment seul mais fait rapidement un petit bruit avec sa bouche et dit finalement avoir peur du noir. Il remarque des petits trous sous les matelas, y passe ses doigts et je les touche en lui montrant et lui verbalisant que je suis toujours présente près de lui, même si je suis à l'extérieur de la cabane.

Il dit ensuite vouloir aller se promener et sort alors de sa cabane. Mathéo se saisit du ballon physio, joue un peu avec, s'assoit dessus et se laisse couler au sol. Il s'y rassoit ensuite et envoie un autre ballon dans le panier de basket. Laissant le ballon physio de côté, il s'installe au sol, en position assise et essaie de marquer des paniers. Je me rapproche alors de lui pour m'inscrire dans son jeu mais il s'en détourne et va chercher un autre ballon. Mathéo peut avoir tendance par moment à s'enfermer seul dans un jeu en nous mettant à distance. Lors de ces temps, le jeu est assez vide de sens. Nous avons alors chacun un ballon et essayons de marquer un panier en lançant les deux ballons en même temps, ensemble. Nous comptons jusqu'à trois et lançons. A chaque fois que Mathéo marque un panier, il ne peut pas s'en attribuer le mérite mais dit que c'est mon ballon qui aurait poussé le sien et ainsi le faisant entrer dans le panier.

Lorsque j'annonce la fin de la séance, Mathéo veut retourner dans sa cabane un petit temps. La fin de séance est très difficile, Christine étant obligée d'intervenir. Mathéo est allongé au sol et ne veut ni se relever, ni remettre ses chaussures.

Nous pouvons toujours observer ici l'effondrement corporo-psychique de Mathéo. Je ressens, lors de ces instants, un vide interne chez ce jeune garçon. Cette séance marque également la première véritable construction de cabane. J'ai rapidement pris conscience de la difficulté de Mathéo à être seul. Il est rapidement envahi par un vide interne et ses angoisses refont surface. Je pense que c'est dans la relation à l'autre que l'objet interne de Mathéo reprend vie. Cette séance marque, pour moi, une étape. J'ai pu me sentir démunie et moi-même très seule au cours de cette séance face à la souffrance et à la notion de vide que pouvait exprimer Mathéo. C'est à ce moment que ma réflexion s'est orientée plus particulièrement vers les moyens dont je disposais pour contenir les angoisses de Mathéo qui surgissent lors des temps de transition, mais aussi son angoisse de séparation présente en début et fin de séance.

Séance 13 : 3 février 2016 : Entretien avec Madame en présence de Mathéo

Mathéo et sa maman entre dans la salle et Madame vient s'assoir au bureau tandis que Mathéo reste debout et sort les voitures qu'il a apportées avec lui. Il les pose sur le bureau pour nous les montrer et nous remarquons, en présence de sa mère, qu'il a souvent tendance à prendre avec lui des objets de la maison. Elle nous confirme cela et rajoute qu'il le fait aussi pour aller à l'école. Sa maman ne note pas de difficultés particulières à la maison et même un mieux à l'école du fait de l'arrivée de l'AVS. Elle est contente de voir des choses écrites dans les cahiers d'école de Mathéo qui étaient jusqu'ici quasiment vide. Ce dernier ne veut pas venir s'assoir avec nous. Il fait rouler les voitures sur le bureau et, leur faisant prendre de l'élan, les jette sur le sol. Il fait beaucoup de bruit, sa mère le lui fait remarquer et lui dit de plutôt les faire rouler sur le sol. Il veut prendre le tapis des voitures. Il le sort alors et l'installe sur le sol. Il joue un peu avec puis met rapidement ses voitures sur le tapis et le roule, comme pour le ranger. En le redressant, les voitures tombent et il fait des bruits d'explosions. Mathéo range le tapis et récupère ses voitures.

Il nous fait remarquer que nous lui avions dit que nous ferions une cabane aujourd'hui s'il le souhaitait. Nous lui avions proposé cela en raison de sa difficulté à accepter qu'il n'aurait pas de séance aujourd'hui, celle-ci étant remplacée par l'entretien. C'est surement sa manière à lui de demander d'en construire une. Je me lève alors pour l'aider en lui faisant remarquer que la semaine précédente il ne nous avait pas beaucoup aidé dans la construction. Il dit alors lui-même qu'il était resté assis et qu'il nous regardait. La construction de la cabane se fait plus rapidement avec l'aide de Mathéo qui reste néanmoins minime. Il est content d'y entrer. Le dialogue avec Mathéo qui semblait difficile se fait de manière plus simple. Sa maman fait allusion au fait qu'il est souvent fatigué et elle précise qu'il a du mal à s'endormir le soir. Elle retrouve souvent la lumière allumée en pleine nuit. Christine demande alors à Mathéo pourquoi il a besoin de la grande lumière sachant qu'il a déjà une veilleuse qui ne lui suffit apparemment pas. Il peut nous dire que c'est parce qu'il a peur de s'endormir, par peur de faire des cauchemars. Sa mère a l'air étonné mais est intéressée par ce que raconte son fils. Elle lui dit alors qu'elle lui avait demandé la semaine précédente s'il faisait encore des cauchemars mais qu'il lui avait répondu par la négative. Il lui dit que cela a repris récemment. Nous lui demandons alors s'il en a fait un cette nuit, il nous répond que oui. Nous le questionnons sur son contenu et s'il peut nous le raconter. Il nous répond tout d'abord qu'il ne s'en souvient pas. Puis il raconte qu'il y avait un monstre et que Mathéo se battait avec lui. Il lui a coupé les membres supérieurs puis inférieurs et a fini par le tuer. Nous lui demandons si son cauchemar s'arrête ici. Il nous répond que non et poursuit son récit. Il était au cinéma avec son père pour voir un film sur les félins. Puis, les félins sont sortis de l'écran. Il raconte qu'ils ont eu peur et qu'ils ont décidé de courir. Ils se sont alors retrouvés à leur tour de l'autre côté de l'écran, dans une jungle. Sa maman lui demande ce qu'il s'est passé après. Il dit qu'ils ont continué à courir parce qu'il y avait des félins de ce

côté ci aussi. Christine demande s'il était possible pour eux de rentrer à la maison. Il répond que non, qu'elle était beaucoup trop loin. Le cauchemar se termine ainsi. Sa maman lui dit qu'il peut venir leur en parler à son père et à elle. Mais Mathéo demande alors ce qu'ils pourraient bien faire. Sa mère lui répond qu'ils pourraient le rassurer et lui faire un câlin. Christine demande à la maman si Mathéo fait beaucoup de câlins à ses parents, à sa petite sœur. Sa mère nous répond que non, que c'est toujours à eux d'être en demande, que Mathéo fait le grand et met facilement une distance. Elle se tourne vers lui et lui dit que même les grands peuvent continuer à faire des câlins.

L'entretien touche à sa fin. Il faut ranger la cabane. Mathéo s'effondre alors sur le sol et ne bouge plus, ne parle plus. Il montre une opposition passive. Sa mère lui dit qu'il va revenir la semaine d'après. Il a l'air d'être contrarié par le fait de ne pas avoir pu avoir sa séance. Sa mère, en difficulté au vu du comportement de Mathéo, le prend et le soulève par les bras. Il se laisse porter comme un poids mort, comme à son habitude en fin de séance. Je trouve intéressant qu'il se soit permis de montrer cette fragilité à sa mère.

Cet entretien était ma première rencontre avec la mère de Mathéo. Mathéo a pu, au cours de cet entretien, exposer ses craintes et ses peurs face à sa mère qui n'avait pas conscience de l'intensité des angoisses de son fils. Les situations qu'il met en jeu comme l'exemple du cauchemar que je décris précédemment se tournent généralement vers un grand danger qui peut engendrer la mort. J'ai aussi l'impression que Mathéo retient ses angoisses à l'extérieur du CMP. Il a investi ce lieu comme lieu de dépôt, de décharge de ses angoisses et de son vide interne, ce qui expliquerait alors l'intensité des manifestations qu'il peut nous faire part au sein des séances, qui ne transparaît plus du tout à la maison et dans une expression bien moindre à l'école.

Séance 16 : 16 mars 2016 :

Mathéo est assis dans la salle d'attente quand nous allons le chercher. Christine lui dit qu'il peut venir, il reste avec un visage lisse, aucune émotion ne transparaît hormis peut-être de l'abattement, de la tristesse ? Il entre dans la salle mais ne dit pas un mot durant quelques instants. Il vient s'installer au bureau et répond enfin aux questions de Christine. Aujourd'hui, il ne souhaite pas faire de cabane mais jouer au ballon. Il décide de faire un foot à trois. Nous installons alors trois cages dans la salle. Mathéo prend toujours la même place contre le tapis posé au mur. Nous faisons des passes puis décidons de marquer des buts. Mathéo dégage alors une force importante. Le ballon vole dans tous les sens, il frappe fort. Christine lui fait remarquer, il s'apaise un peu mais cela repart de plus belle. Après de nombreux buts, Mathéo se laisse peu à peu glisser dans sa cage jusqu'au sol. Il est assis et souhaite tout de même continuer à jouer. Nous nous asseyons alors aussi pour être au même niveau que lui. Mathéo dit que nous n'avons pas le droit de toucher le ballon avec les mains mais seulement avec les pieds. D'autres buts sont marqués. Il commence à faire de petits bruits, son corps se retrouve

envahi par une tension telle, que ses yeux se « révulsent ». Ils partent vers le haut, par une action volontaire. Il force pour les révulser. La situation devient incontrôlable pour lui. Il dit qu'il brûle de tout son corps et notamment sa tête, qui va jusqu'à exploser. Je mime le fait de lui faire du vent pour éteindre le feu mais il me dit que ça le rallume. C'est à ce moment-là que sa tête « explose ». Je vais alors chercher des couvertures pour éteindre le feu et les pose sur lui. Christine propose de lui faire un abri au-dessus de son haut du corps. Il se calme peu à peu. Mais Mathéo souhaite que la lumière ne passe plus, cette dernière le brûlant et provoquant une grande tension et des bruitages de sa part. Nous installons alors des couvertures pour ne pas laisser passer la lumière, il souhaite même éteindre la lumière de la salle. Il se calme un peu. Il teste en passant des doigts de l'autre côté de son abri. Mathéo devient un peu plus cohérant dans ses propos, nous le récupérons peu à peu. Et un échange est à nouveau possible.

Mais c'est déjà l'heure de la fin de la séance. Mathéo a du mal à partir à nouveau. Il dit qu'il voudrait rester là tout l'après-midi. Nous l'entendons mais lui disons que ce n'est pas possible. Christine enchaine alors pour savoir ce qu'il va faire ensuite, après la séance. Cela a l'air de le contenir un peu. Même s'il a encore eu du mal à se relever du sol aujourd'hui encore, la fin de séance s'est légèrement mieux passée que les séances précédentes.

Mathéo a un grand besoin d'étayage relationnel. La relation lui permet de rester ancrer dans le présent, le réel. Un instant de transition et ses angoisses refont surface. Je peux remarquer qu'il installe une tension musculaire importante lors de ces temps. Ce comportement me fait associer à la « seconde peau musculaire » qu'a abordé BICK E.. Cette seconde peau musculaire, serait-t-elle un moyen qu'a trouvé Mathéo pour contenir son espace interne ? Cette seconde peau, comme une nouvelle enveloppe ? La fragilité de sa sécurité interne engendre, à mon sens, de nombreuses angoisses et notamment son angoisse de séparation. Cette dernière serait-t-elle responsable de ces manifestations psychocorporelles ?

<u>Séance 18 : 30 mars 2016 :</u>

Mathéo entre dans la salle mais ne répond pas à mon bonjour, il ne nous regarde pas. Il enlève son manteau et son tour de cou et va les accrocher au porte manteau. Il vient s'installer au bureau avec nous. Christine relit son dossier pour se remémorer ce que nous avions fait la semaine précédente. Mathéo se rappelle la cabane mais il lui faut un temps pour se souvenir ce que nous avions fait à l'intérieur. Le souvenir revient et nous le valorisons en lui disant qu'il avait fini toutes les cartes du niveau vert au jeu des embouteillages. Il peut nous dire qu'il avait réussi des cartes très facilement, ce qui est vrai.

Il attrape ensuite le mannequin en bois et lui fait prendre des positions qu'un être humain ne peut prendre. Cette fois c'est les genoux qui sont dans une position imprenable, les pieds partant vers

l'extérieur. Je lui fais remarquer. Nous essayons alors de l'amener à faire prendre une position possible pour l'être humain. Il le fait et nous demande si celle-ci est faisable. Il nous dit qu'il pense qu'il faut être souple. Nous l'incitons alors à essayer. Il se lève et arrive à la prendre. Le pied en l'air, en déséquilibre, un grand sourire est sur son visage. Puis il se laisse tomber sur le sol en s'écroulant. S'en suit alors des mouvements incoordonnés dans la salle où il enchaine des chutes sur le sol et se relève pour chuter à nouveau en s'écrasant au sol. Christine intervient en lui disant que nous pourrions installer des tapis parce qu'il pourrait se faire mal à tomber comme cela. Il accepte et une nouvelle fois il nous dit comme dans un questionnement « vous pouvez les installer, vous n'avez pas besoin de moi comme ça je fais autre chose ». Nous les installons, et il finit par nous aider un peu. Mathéo attrape le ballon physio, se jette dessus, y rebondit. Nous lui disons de faire attention, il manque de peu de se cogner à l'angle de l'armoire. Christine essaie de le contenir mais il veut faire seul en le répétant à plusieurs reprises. Il finit par s'en servir comme d'un dossier en ayant sorti à l'avance tous les ballons. Il rebondit de son dos sur le ballon, sa tête suivant le mouvement. Il dit que « ça fait bizarre » comme sensation. Son petit bruit aigu refait son apparition. Christine lui demande à qui est cette voix : à Mathéo ?, à quelqu'un d'autre ? Il ne répond pas. Il marque des paniers avec les ballons qu'il trouve autour de lui.

Mathéo veut ensuite sortir le tunnel qui devient par la suite un vers, un monstre qui veut le manger. Il passe à l'intérieur, dit que c'est « dégueulasse », qu' « il en a partout ». Il veut alors l'écraser, lance des ballons dessus. Je décide de me mettre avec lui, de son côté pour essayer de combattre ce monstre. Christine prend le tunnel et le fait bouger pour simuler les mouvements du monstre. Elle lui demande comment il pourrait se protéger. Mathéo décide de prendre le rouleau en mousse et des modules de mousse pour faire une barrière entre le monstre et nous. Il dit que le monstre ne peut pas passer car il y a une protection invisible. Nous lançons alors des ballons sur le monstre. Mathéo se sentant en confiance décide de le narguer et dit qu'il le nargue en s'avançant très près de la barrière qu'il a construite. Il ajoute les épées dans le jeu et ose enfin dépasser la barrière pour aller sur le terrain du monstre. Nous transperçons le monstre avec nos épées mais d'après Mathéo, le monstre ne meurt pas, il ne peut pas mourir. Nous l'écrasons, le transperçons encore et encore sans aucun succès. Le monstre finit par aller se cacher sous son rocher et ne plus en sortir. La sacoche du tunnel est représentée par Mathéo comme la mue du monstre. Et nous décidons de mettre le monstre dans sa sacoche. Mathéo saute alors avec son épée dans notre territoire et simule le fait qu'il s'est blessé en tombant, s'étant planté l'épée dans le ventre au cours de sa chute. J'essaie alors de le soigner. Il se met à trembler, simulant une électrocution, une convulsion. Je lui mets un pansement et essaie de le contenir physiquement tout d'abord puis en verbalisant pour le rassurer. Je vois bien que cette action ne fait plus réellement parti du jeu que nous avions mis en place. Il se calme enfin, je lui soutiens la nuque, il est à moitié allongé dans mes bras.

Christine annonce alors que la séance est finie et qu'il faut ranger les tapis. Mathéo dit « Oh non pas déjà » et s'étale, s'effondre sur les tapis. Nous rangeons lentement. Mathéo nous rappelle que nous devons lui remettre les chaussures comme il l'avait demandé en les enlevant au début de la séance. Commence alors un jeu entre lui et nous. Monsieur est le pacha, le roi qui se laisse habiller et qui nous donne des ordres. Il prend un air supérieur, fier de lui. Nous lui mettons ses chaussures. Il est allongé les bras derrière la tête et sourit. Nous l'aidons à se relever, lui mettons son tour de cou ainsi que son manteau. Christine ferme son manteau et nous finissons par lui dire au revoir. Mathéo nous serre la main restant dans son rôle de « roi ». C'est la première fois qu'il nous dit réellement au revoir depuis le début de mon stage.

Le début de séance a de nouveau été compliqué pour Mathéo. J'émets alors l'hypothèse d'une esquisse de comportement d'évitement au début des séances qui marque les retrouvailles qu'elles représentent. Cette séance a également été à nouveau le lieu de l'expression des angoisses de Mathéo. Cependant j'observe une évolution dans la représentation qu'il peut s'en faire, comme une mise à distance de ses angoisses. Je suppose qu'il transpose ses propres angoisses internes sur ce monstre. La transition, marquée par la fin du jeu, marque cependant également la fin de cette mise à distance. La fin de séance semble être plus facilement acceptable avec l'instauration d'un jeu qui le laisse dans une relation « active ».

Pendant les mois de janvier et février, j'ai pu me sentir démunie, face aux départs difficiles et à la souffrance émanant de Mathéo. Cette situation s'est reproduite avec une recrudescence au cours de cette période. La construction d'une cabane revient à de nombreuses reprises dans cette deuxième partie d'année. Elle a pu jouer un rôle de contenant des angoisses de Mathéo quand nous pouvions y entrer tous les trois. Les possibilités de Mathéo étaient alors plus grandes à l'intérieur de cette cabane. Il était d'autant plus présent, cohérent, pouvant exprimer verbalement et mettre en jeu ses angoisses. J'assimile ces cabanes à une enveloppe solide dans laquelle Mathéo a confiance. Je me pose alors des questions quant à son ressenti de la qualité de sa propre peau, comme enveloppe contenant son monde interne. L'aspect d'un corps désarticulé revient néanmoins à nouveau au cours de cette deuxième période, me questionnant toujours sur la manière de répondre à ce qu'il nous dépose en séance.

**Conclusion :**

Si les temps de débuts et fins de séances ont été les premiers à me questionner, je me suis aussi interrogée sur le vide interne que Mathéo semblait exprimer. Ces deux problématiques ne sont en aucun cas à dissocier. A contrario, je suppose que l'instauration d'une sécurité interne fragile chez Mathéo est à l'origine de ses nombreuses angoisses et notamment de ses angoisses de séparation et d'effondrement. Mes principales réflexions se sont alors tournées vers les expressions psychocorporelles que pouvait engendrer des angoisses de séparation et d'effondrement chez l'enfant. Cependant, avec l'observation de ces manifestations, je me suis aussi demandée quels étaient les moyens à notre disposition pour contenir une telle angoisse.

Dans la partie suivante, je vous proposerai de poser les bases théoriques de mon mémoire pour pouvoir par la suite envisager de répondre à mes questionnements. Elle se déclinera alors en trois points. Tout d'abord, je vous présenterai les principaux éléments de la construction d'un état interne solide et fiable. Je vous décrirai ensuite ce qu'est l'angoisse de séparation dans son aspect pathologique. Et pour finir, j'aborderai l'angoisse d'effondrement.

# Seconde partie : Apport théorique

*« Je te trouve,*

*Tu survis à ce que je te fais quand j'en viens à te reconnaître comme non-moi,*

*Je t'utilise,*

*Je t'oublie,*

*Mais tu te souviens de moi,*

*Je continue à t'oublier,*

*Je te perds,*

*Je suis triste »*[3].

[3] WINNICOTT, 1992, p. 145

# I. Construction d'un état interne solide et fiable

Mathéo a pu présenter des manifestations corporelles qui m'ont questionnée sur la construction de son état interne que je suppose fragile. Dans cette partie je reviendrai alors sur des éléments du développement psychocorporel du tout petit. AINSWORTH M., s'est beaucoup intéressée aux relations des nourrissons avec leurs mères en s'appuyant sur les travaux de BOWLBY J. sur l'attachement. De ses observations, elle en a déduit que l'enfant se constituait une sécurité de base à partir des soins maternels. Et c'est lorsque cette sécurité est intériorisée, que l'enfant peut se permettre l'exploration de son environnement à la fois social mais aussi psychique, sans anxiété.

a. Soins maternels et intégration du Moi

Selon WINNICOTT D.W., l'intégration du moi au cours du développement de l'enfant se fait par trois phénomènes. Tout d'abord ce qu'il nomme l'intégration, qui inclut l'intégration dans le temps mais aussi dans l'espace. Celle-ci commence dès le début de la vie. Ensuite, a lieu un phénomène de personnalisation. Il correspond à la liaison entre « la personne du nourrisson », son corps et ses fonctions corporelles. C'est le lieu de l'intégration des sensations corporelles par la peau qui définit une limite entre le dedans et le dehors. L'intégration du moi s'appuie alors aussi sur un Moi corporel. Et enfin, ce que WINNICOTT D.W. nomme la relation d'objet. La mise en place de ce phénomène est complexe. « Elle ne peut s'établir que si l'environnement offre les objets de telle façon que le petit enfant crée l'objet »[4]. Le nourrisson présente un besoin qu'il ne peut formuler. La mère est dans, ce qu'appelle WINNICOTT D.W., une « préoccupation maternelle primaire ». Et par un phénomène appelé « identification primaire », la mère se met à la place du nourrisson et peut ainsi lui offrir l'objet qui satisfera son besoin.

L'intégration du Moi fait appel a deux séries d'expériences : les soins que procure une mère à son enfant qui est alors « tenu au chaud, est manié, baigné, bercé et appelé par son nom, et aussi les expériences instinctuelles aiguës qui, de l'intérieur, rassemblent les éléments de la personnalité et en font un tout »[5].

WINNICOTT D.W. fait alors correspondre ces trois phénomènes de l'évolution du moi à des soins bien particuliers que la mère procure à son enfant. L'intégration, qui correspond à la façon de porter et de maintenir le nourrisson, est mise en parallèle avec le *holding*. La personnalisation se définissant

[4] WINNICOTT, 1970, p. 17
[5] WINNICOTT, 1958, p. 63

par la façon de soigner est associée au *handling*. Et enfin, la relation d'objet est quant à elle apparentée à la *présentation des objets (ou objet presenting)*.

Le *holding* signifie le maintien. WINNICOTT D.W. le décrit comme la façon dont est porté l'enfant tant physiquement que psychiquement. Ce sont les soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant. Ces soins répondent aux besoins physiologiques du nourrisson. Ils s'adaptent aux changements d'états de ce dernier mais sont différents d'une personne à une autre selon les sensibilités tactile, auditive, visuelle, ainsi que la sensibilité à la chute de chacun. Le *holding* permet alors à l'enfant de mettre en place un sentiment continu d'exister et de se sentir comme unité différente de celle de sa mère. Si la mère lui assure une sécurité affective satisfaisante et continue, l'enfant pourra alors aller explorer son environnement.

Le *handling* se définit par le maniement de l'enfant. Il correspond à la façon dont la mère traite, soigne et manipule son enfant.

L'intégration du Moi passe donc par de nombreuses étapes et s'appuie notamment sur les soins maternels ainsi qu'un Moi corporel.

b. Le sentiment de continuité d'existence

WINNICOTT D.W. est le premier à parler d'un sentiment continu d'exister « suffisant ». Pour lui, la structuration du moi repose sur ce dernier. Si le sentiment continu d'exister est bien installé, nous pouvons supposer que le bébé pourra alors faire face à ce que WINNICOTT D.W. nomme les menaces d'annihilation[6]. La mère, dans son état de préoccupation maternelle primaire, aide à instaurer ce sentiment et à empêcher ces menaces de faire surface.

Le sentiment de continuité d'existence est acquis par le bébé au cours des premières étapes de son développement. PIREYRE E. définit cette notion, chez le bébé, comme « la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace »[7]. C'est une capacité de base qui participe à l'instauration d'une sécurité interne permettant la sensation qu'à l'instant suivant, le sujet sera toujours présent et toujours le même.

WINNICOTT D.W. énonce également un lien entre ce sentiment continu d'exister et la sensibilité somato-viscérale (ou sensorialité) ; la continuité d'être reposant alors sur le développement du schéma corporel que cet auteur appelle psyché-soma. D'autres auteurs comme DAMASIO A., HAAG G. et BULLINGER A. confirment ce lien. HAAG G. inclue le sentiment de continuité d'existence comme élément d'observation dans sa « grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité ». BULLINGER A. émet, quant à lui, l'hypothèse de la recherche, chez certains enfants,

[6] Dictionnaire encyclopédique, 2004, p. 72 – Annihiler : réduire à rien, détruire complètement.
[7] PIREYRE, 2015, p. 55

de sensations qui auraient pour but de maintenir le sentiment de continuité d'existence. « Pour lui, tout se passe comme si « le sensori-moteur permet(tait) de gérer l'ici et le maintenant. L'*ici* s'est construit à travers des sensations et un dialogue avec autrui, alors que la stabilité dans le *maintenant* dépend des capacités d'habituation et d'anticipation à très court terme. Ces moyens situent l'enfant entre ce qui vient d'arriver et ce qui va immédiatement se passer » »[8]. Nous pouvons alors observer des stéréotypies telles que des stimulations sensitives et proprioceptives chez des enfants autistes. Mais nous pouvons également voir une recherche de sensations douloureuses, jouant avec la limite entre douleur et plaisir. Cette dernière, par la charge émotionnelle qu'elle procure, crée un sentiment d'existence qui se dissout. Dans ce cas, la question de la sensibilité est abordée. Cependant, il apparaît que c'est l'intensité de cette sensation qui est le but de la démarche. Elle permet alors d'alimenter une représentation défaillante de la continuité d'existence. « Plutôt avoir mal que se sentir inexistant ou en voie d'annihilation »[9].

c. Le Moi-peau : concept et fonctions

Le Moi-peau est un concept élaboré par ANZIEU D.. Il le désigne comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »[10]. Ce Moi-peau serait alors pour lui le lien entre le Moi psychique et le Moi corporel de l'enfant, une interface entre le dedans et le dehors. D'après un principe général freudien, les activités psychiques sont rendues possibles et se construisent sur l'appui de fonctions corporelles. Le Moi-peau prend tout son sens mis en corrélation avec les nombreuses fonctions que peut prendre la peau. ANZIEU D. décrit neuf fonctions du Moi-peau :

- La fonction de maintenance,
- La fonction de contenance,
- La fonction de pare-excitation,
- La fonction d'individuation,
- La fonction d'intersensorialité,
- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle,
- La fonction de recharge libidinale,
- La fonction d'inscription des traces sensorielles,
- Et la fonction d'autodestruction.

[8] PIREYRE, 2015, p. 56
[9] Ibid.
[10] ANZIEU, 1985, p. 39

Je ne m'attacherai pas à vous décrire les neuf fonctions du Moi-peau d'ANZIEU D. dans la suite de mon écrit, même si celles-ci participent toutes à l'élaboration d'une sécurité interne. Je me fixerai plutôt sur celles qui me paraissent essentielle à la compréhension de Mathéo.

*La fonction de maintenance :*

La peau, de son aspect biologique, a une « fonction de soutènement du squelette et des muscles »[11]. La fonction du Moi-peau, quant à elle, est la « maintenance du psychisme ». Le *holding* de WINNICOTT D.W., décrit précédemment, rend possible la fonction biologique. Alors que la fonction psychique se construit par l'intériorisation de ce dernier. Cette intériorisation des soins maternels va servir pour le maintien du psychisme dans un état de fonctionner. Dans un même temps, de par le maintien du corps du bébé par sa mère, le nourrisson trouve alors un sentiment d'unicité et de solidité.

*La fonction de contenance :*

La peau contient les organes et sert de surface, de limite délimitant l'intérieur de l'extérieur du corps. Le Moi-peau, lui, enveloppe l'appareil psychique. Tout deux ont donc une fonction de contenance. Mais le Moi-peau n'est contenant que lorsque des pulsions ayant des expressions corporelles sont présentes et doivent être contenues.

Lors d'une carence de la fonction contenante du Moi-peau, deux formes d'angoisse peuvent alors émerger. La première correspond à « l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse, permanente, éparse, non localisable, non identifiable, non apaisable »[12]. Le sujet cherche une enveloppe qui pourrait remplacer celle défaillante mais ne s'enveloppe alors que de souffrance. La deuxième forme d'angoisse se manifeste par une enveloppe existante mais poreuse. ANZIEU D. la nomme « Moi-peau passoire ». Cette forme se caractérise par une peur d'avoir un intérieur qui se vide et notamment qui se vide de l'agressivité nécessaire pour une affirmation de soi.

*La fonction de pare-excitation :*

La peau est constituée de trois feuillets (épiderme, derme et hypoderme). La couche superficielle de l'épiderme sert de protection à celle inférieure qui contient les terminaisons nerveuses notamment. Mais elle protège également l'organisme dans son entièreté et plus particulièrement l'effraction du psychisme des agressions extérieures multiples ou encore d'un excès de stimulations. FREUD S. décrivait déjà cette fonction où la mère servait de pare-excitation subsidiaire au bébé. Cependant ANZIEU D. ajoute dans sa continuité, que la mère tient cette fonction « jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci (le bébé) trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction »[13]. Pour ANZIEU D., le Moi-peau est présent dès la naissance comme une « structure

[11] ANZIEU, 1985, p. 97
[12] Ibid., p. 101
[13] Ibid.

virtuelle » mais il est aussi en perpétuel remaniement au cours des relations entre le bébé et son environnement, notamment ses parents.

Cette pare-excitation peut être retrouvée chez des sujets en excès ou en déficit. Deux modèles d'image du corps appartenant à l'autisme ont alors été décrit par TUSTIN F.. Tout d'abord le Moi-poulpe lorsqu'aucune des fonctions du Moi-peau n'est acquise. Et le Moi-crustacé qui se caractérise par une carapace rigide prenant la place d'une fonction de contenance inexistante. Dans ce cas de figure, les autres fonctions du Moi-peau ne peuvent pas s'exprimer.

Lors d'un défaut de la couche préférentielle, l'épiderme, la fonction de pare-excitation peut alors être cherchée sur le deuxième feuillet qu'est le derme. C'est ce que BICK E. appellera la seconde peau musculaire.

J'émets l'hypothèse, dans mon étude de cas de Mathéo, de son inscription dans la notion de seconde peau musculaire que décrit BICK E.. J'identifie l'instauration de cette seconde peau lors des moments de transition et de séparation. Elle se manifeste alors par un changement brusque de la tonicité de Mathéo.

*La fonction d'intersensorialité :*

La peau est une surface contenant différents éléments et notamment les organes d'autres sens que ceux concernant le toucher. Le Moi-peau est donc définit par ANZIEU D. dans sa fonction d'intersensorialité comme « une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile […] qui aboutit à la constitution d'un sens commun […] dont la référence de base se fait toujours au toucher »[14].

Une carence de cette cinquième fonction du Moi-peau peut engendrer une angoisse de morcellement du corps et notamment une angoisse de démantèlement déterminée par « un fonctionnement indépendant, anarchique, des divers organes des sens »[15].

Même si Mathéo ne donne pas un fonctionnement propre et indépendant à ses organes des sens, cette fonction me paraît importante, dans le sens où il présente tout de même une angoisse de morcellement de sa structure psychique. Celle-ci peut s'exprimer par la tendance de Mathéo à mettre en jeu un corps qui craque, qui se désarticule.

[14] ANZIEU, 1985, p. 103
[15] Ibid.

*La fonction d'autodestruction :*

Cette dernière fonction du Moi-peau décrite par ANZIEU D. se détache des huit précédentes. Elle est présentée comme négative, ayant pour but l'autodestruction de la peau et du Moi. Au niveau biologique, nous pouvons observer, lors de greffe de peau par exemple, des rejets. Ces rejets sont expliqués par la présence de marqueurs moléculaires différents d'une personne à une autre, excepté chez les vrais jumeaux. ANZIEU D. met donc en parallèle cette caractéristique auto-immune de la peau avec la capacité de « retournement sur soi de la pulsion, la réaction thérapeutique négative, ainsi que les attaques contre les liens en général, et contre les contenants psychiques en particulier »[16].

Les comportements de Mathéo s'inscrivent totalement dans cette fonction. Il peut ainsi se gratter la peau jusqu'au sang à l'école. Mais en séance de psychomotricité, il présente également des comportements d'attaques envers son propre corps et plus particulièrement de sa première enveloppe : la peau, qui représente un contenant, une limite de son monde interne avec l'environnement.

d. Le tonus musculaire : développement chez le jeune enfant et fonctions psychiques de la tonicité primaire

De nombreux auteurs ont réfléchis sur les rapports entre motricité et espace mental du bébé. Il apparaît néanmoins que « la motricité est un agent d'intégration des données corporelles et cognitives. L'élément physiologique qui permet ces intégrations est le tonus musculaire »[17].

Le mot tonus vient du grec *tonos* qui signifie tension. Le tonus musculaire est définit en 1874 par VULPIAN A. comme « l'état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent »[18]. Le tonus est à la base de l'organisation émotionnelle de l'enfant et est donc en lien avec son développement psychoaffectif.

Selon AJURIAGUERRA J., le développement psychomoteur de l'enfant suit trois étapes :

- Le corps vécu de la naissance à 3 ans,
- Le corps perçu de 3 à 6 ans,
- Et le corps représenté de 6 à 12-14 ans.

[16] ANZIEU, 1985, p. 105
[17] ROBERT-OUVRAY, 2007, p. 37
[18] ROBERT-OUVRAY et SERVANT-LAVAL, 2011, p. 145

Je m'attacherai ici au premier stade qu'est le stade du corps vécu de la naissance aux 3 ans de l'enfant. La raison de cette sélection s'explique par le fait que je m'attache plus particulièrement à la constitution d'une sécurité interne et donc aux prémices du développement de l'enfant.

**Développement du tonus musculaire chez le jeune enfant :**

Le tonus musculaire apparaît lors du 7ème mois de la vie intra-utérine. A la naissance, le bébé présente un dos mou et des membres inférieurs et supérieurs contractés et repliés vers le centre. L'enfant se retrouve alors dans une position d'enroulement sur lui-même vers l'avant. L'immaturité du cerveau empêche un contrôle musculaire des membres. « La maturité se traduira par la capacité de réduire et de transformer les tensions corporelles et/ou psychiques »[19]. On observe alors chez le nouveau-né une dualité tonique qui se traduit par une hypertonie des membres inférieurs et supérieurs et une hypotonie du rachis. Plus globalement, chez l'enfant, la tonicité s'organise sous deux modalités. L'hypertonicité fera état d'un besoin. Tandis que l'hypotonicité sera la preuve d'une satisfaction des besoins de l'enfant. A ce stade de développement, le contrôle tonique est assuré par les soins maternels. Mais l'enfant développe tout de même des réponses motrices face aux stimulations de son environnement. Le tonus des muscles s'équilibre peu à peu grâce à la maturation du système nerveux central au cours de la première année de vie de l'enfant. Et sur le plan affectif, l'enfant regroupe, dans une seule enveloppe psychique, ses tensions et sentiments. Enfin, l'ajustement tonique se développera en parallèle à l'évolution des fonctions de perception.

La tonicité primaire est caractérisée par une hypertonie périphérique et une hypotonie axiale.

**Fonctions psychiques de l'hypertonicité primaire :**

L'hypertonie primaire se manifeste dans les membres supérieurs et inférieurs du jeune enfant, on parle d'hypertonie périphérique. Lors d'un stimulus extérieur stressant, cette hypertonicité entraine l'enfant dans un mouvement d'enroulement qui, ainsi, protège et conserve son centre moteur mais aussi psychique. Elle possède également une fonction garantissant la sécurité des processus d'identification entre la mère et son enfant ; celle-ci repérant sans difficulté des mouvements « anormaux » tels que des mouvements en extension par exemple. En réponse aux stimulations internes ou externes, une élévation de la tension de l'enveloppe tonique de l'enfant est observée. Plus particulièrement, lors de stimulations internes telles que des maux de ventre par exemple, l'enveloppe tonique devient le lieu d'une projection des tensions internes vers l'extérieur. ROBERT-OUVRAY S. parlera alors de rôle de pare-excitation interne de l'hypertonicité.

S'il y a eu la mise en place d'une relation satisfaisante, le bébé utilisera sa tonicité comme moyen de communication avec son entourage, notamment pour tenter d'expliquer ce qu'il est en train de vivre

[19] ROBERT-OUVRAY, 2007, p. 39

intérieurement. Une mère absente signera une élévation de l'enveloppe tonique de l'enfant gage d'une marque de manque. Tandis que le retour de la mère provoquera une détente. Son enveloppe tonique sera aussi la surface de recueil d'informations sur son environnement extérieur.

Enfin, l'hypertonicité prépare aussi l'enfant à sa capacité à s'opposer, s'affronter. C'est une première forme de « non ».

**Fonctions psychiques de l'hypotonicité primaire :**

L'hypotonicité primaire se localise au niveau du rachis, ce qui fait de lui la première zone d'intégration des informations.

L'hypotonicité du rachis et l'hypertonicité périphérique font de l'enveloppe tonique, une surface souple et perméable qui permet alors le passage des états internes du bébé vers l'extérieur ainsi que la lecture de son émotion par la mère. C'est le dialogue tonique. Ce concept, développé par WALLON H. et AJURIAGUERRA J., se définit par l'ajustement tonique mutuel entre le bébé et sa mère. Il constitue un mode de communication conscient et inconscient entre deux sujets. Dans ce cas, l'enveloppe tonique varie dans sa tonicité en fonction des stimulations. Cette capacité de variation tonique est primordiale dans le développement de l'enfant. L'hypotonicité du dos permet alors, à son tour, de nourrir le centre psychique de l'enfant de par son contact dans les bras de la mère. L'enfant intègre alors du « bon » en lui, tel qu'une sensation de douceur, de sécurité et de confiance. Cette intégration permet à l'enfant l'installation d'une sécurité interne.

« Par toutes les fonctions qu'elle assure et du fait de l'étayage psychocorporel, l'enveloppe tonique du nourrisson peut être considérée comme un contenant du corps et comme un contenant du psychisme »[20]. L'enveloppe tonique, de par les variations de sa tonicité, permettra l'émergence d'une enveloppe psychocorporelle déterminant les limites entre le soi et le non-soi. L'enfant acquerra ensuite une représentation unifiée de lui-même.

e. <u>La fonction de contenance</u>

La notion de contenance est abordée par de nombreux auteurs. Nous devons l'une de ses premières conception à WINNICOTT D.W.. En amenant l'idée de soins maternels intégrant le holding, le handling, il amorce la fonction de contenance. L'enfant a besoin d'un appui solide que représente son environnement pour se développer.

La fonction de contenance fait s'articuler entre elles différentes fonctions :

- « en premier lieu, celle d'accordage, qui permet le simple dépôt ;

[20] ROBERT-OUVRAY, 2007, p. 167

- celle de lier, d'unifier et de tenir ensemble du jusque-là informe, du projeté, du débordant ;
- celle de protéger un moi immature des conséquences de brèches et d'effractions qu'il va immanquablement connaître dans son développement ;
- celle de calmer et réguler le flux d'excitations par un pare-excitation efficace ;
- et enfin, celle de transformer et de symboliser de l'archaïque en représentations, du non-sens en signification… »[21].

La fonction de contenance prend une place importante dans le bon fonctionnement de l'appareil psychique avec l'arrivée de la théorie de BION W.R.. Ce psychiatre et psychanalyste anglais postule que le fonctionnement psychique de la mère et notamment ce qu'il nomme « sa capacité de rêverie » participe et est même décisive dans la qualité de la vie psychique de son enfant. « La rêverie décrit l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'objet aimé, et capable d'accueillir ses identifications projectives, bonnes ou mauvaises »[22]. BION W.R. introduit la notion de « fonction alpha ». Cette dernière est particulièrement mise à l'œuvre par les parents lors de crises de pleurs du nourrisson. Les parents vont alors chercher un sens à la détresse de leur enfant. BION W.R. parle de « capacité de rêverie maternelle » qui correspond à cette tentative de transformation des pleurs pour donner du sens. Cette capacité que possèdent les parents est présente de manière à la fois consciente et inconsciente. Cette situation se reproduit à de nombreuses reprises au cours d'une journée. Et c'est cette répétition qui va permettre au bébé d'intégrer à son tour l'origine de son mal être et de peut être ainsi le contenir en mentalisant ses propres sensations.

BION W.R. décrit des « éléments bêta ». Ceux-ci correspondent aux éléments procurant une souffrance à l'enfant, qu'il exprime alors par des pleurs. Cet auteur parle également de « fonction alpha ». Elle s'apparente à la transformation de ces « éléments bêta » incompréhensibles pour l'enfant, en éléments qui ont du sens. Ces éléments seront alors pensables et assimilables par le bébé. La fonction contenante est donc principalement une fonction transformatrice.

[21] CONSTANTINO, 2011, p. 10-16
[22] GATECEL, MASSOUTRE-DENIS, GIROMINI, MOYANO, SCIALOM, CORRAZE, 2011, p. 290

Vers l'âge de 6 mois, le bébé manifeste un désir d'exploration de son environnement. Il s'éloigne alors de sa figure d'attachement que sont ses parents et plus particulièrement la mère. C'est lui qui gère alors la distance de cet éloignement. Le jeune enfant pourra alors explorer son environnement s'il se sent en sécurité et se rapprocher de sa figure d'attachement s'il se sent trop éloigné. C'est la « base de sécurité ». Le concept de sécurité de base a été élaboré par AINSWORTH M.. Il « ne renvoie pas à quelque chose d'objectif, mais à l'accord adaptatif tel qu'il existe entre un sujet (au fonctionnement déterminé par ses processus inconscients) et son milieu (lui-même défini subjectivement et singulièrement) »[23].

Cependant, que se passe-t-il lors d'une défaillance de cette sécurité de base et notamment de l'intériorisation de cette dernière ? Dans la suite de mon travail, je vous présenterai alors l'angoisse de séparation et l'angoisse d'effondrement qui me paraissent omniprésentes chez Mathéo mais surtout être la conséquence d'un état interne fragile.

[23] DRU, 2006, p. 151

*« Une séparation est l'avant-coureur de l'abandon,*

*et l'abandon, c'est la mort »*[24].

[24] DE BALZAC, 1839

# II. L'angoisse de séparation

Mathéo est un enfant avec une problématique complexe. Il est envahi par de nombreuses angoisses qui le rendent parfois inaccessible à la relation. Il m'a paru important de définir l'angoisse de séparation dite pathologique pour mettre en avant un des troubles qui m'a le plus interpellée au cours de sa prise en charge psychomotrice.

a. Définitions

Le mot angoisse, du latin *angustia* signifie « resserrement ». De nombreuses angoisses surviennent dans le développement de l'enfant. L'angoisse est décrite comme une extrême inquiétude, une peur irrationnelle. « L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminé par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé, impuissant. Le plus souvent, cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparables à celle que l'on observe dans les chocs émotionnels : palpitations, sueurs, tremblements, vision brouillée, etc.. L'angoisse qui a des effets désorganisateurs sur la conscience, engendre une régression conjointe de la pensée et de l'affectivité »[25].

Il existe deux types d'angoisses de séparation. La première est dite développementale, elle fait partie intégrante du développement normal de l'enfant. Elle apparaît généralement entre 6 et 24 mois mais on observe tout de même deux pics de fréquence d'apparition à 8 et 11 mois. L'angoisse de séparation développementale est décrite comme une réaction de détresse lors du départ de la figure principale d'attachement. Une seconde angoisse de séparation est dite pathologique. Cette dernière est le trouble anxieux le plus répandu chez l'enfant pré-pubère. Elle se définit comme une « anxiété excessive et inadaptée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché ». C'est à cette dernière que je vais m'attacher dans mon mémoire et essayer de vous la décrire.

Le terme de trouble d'angoisse de séparation est utilisé pour la première fois en 1956 dans l'*American Journal of Psychotherapy*. ESTHES et coll. le décrivent comme « un état émotionnel pathologique dans lequel enfant et parents, habituellement la mère, sont impliqués au travers d'une relation de dépendance hostile caractérisée primitivement par un intense besoin de la part à la fois de l'enfant et de la mère de se maintenir ensemble dans une étroite proximité physique. »[26].

Très vite est donc apparu le problème de la différenciation entre ce qui est de l'ordre de la normalité et de celui du pathologique.

[25] SILLAMY, 2010, p.24
[26] BAILY, 2004, p.VII

b. Critères de diagnostic selon les différentes classifications

Au cours des années et des différentes classifications, les critères de diagnostic du trouble angoisse de séparation ont subi de nombreuses modifications. Ces dernières portent notamment sur l'âge de survenue du trouble et la durée de la perturbation.

1) DSM-IV

Pour la classification de l'association psychiatrique américaine, l'angoisse de séparation est classée dans la catégorie « troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence » et est nommée anxiété de séparation. Ce trouble est décrit comme une « anxiété excessive et inappropriée au stade de développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) :

- Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations,
- Crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver,
- Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (par exemple : se retrouver perdu ou être kidnappé),
- Réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation,
- Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement, ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance,
- Réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison,
- Cauchemars répétés à thèmes de séparation,
- Plaintes somatiques répétées (telles maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations. »[27]

Le trouble doit avoir une durée d'au moins quatre semaines. Il doit débuter avant l'âge de 18 ans et a des répercussions dans le domaine social et scolaire. Elle précise également que le trouble ne doit pas survenir seulement dans un contexte de trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique. Le DSM-IV ajoute la spécificité d'un début précoce, si le trouble survient avant l'âge de 6 ans.

[27] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996

2) La CIM-10

La classification internationale des maladies classe, quant à elle, le trouble angoisse de séparation dans « les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance ». La différence majeure avec la classification américaine est donc que si le trouble ne survient pas dans les premières années de vie, le diagnostic de ce trouble ne peut être posé.

3) Etude sur la phénoménologie du trouble angoisse de séparation par FRANCIS et coll. (1987)[28]

Nous avons vu précédemment que les classifications internationales ne s'attachaient qu'à la présence des critères diagnostiques et non au moment précis de leur survenue dans le développement de l'enfant. Le travail de FRANCIS et coll., mené chez 45 enfants de 5 à 16 ans présentant un trouble d'angoisse de séparation, fait état de la variable de l'âge qui apparaît comme importante dans la spécificité des symptômes et dans le nombre de symptômes présents. Il en ressort de cette étude que le plus grand nombre de symptômes spécifiques sera observé chez les enfants les plus jeunes et les adolescents. De plus certains symptômes sont observés en plus grande fréquence dans certaines catégories d'âge. Notamment chez les enfants âgés de 5 à 8 ans, les symptômes concernés sont *la peur d'un danger possible menaçant les personnes auxquelles l'enfant est attaché* ainsi qu'*un refus scolaire*. De 9 à 12 ans, les enfants présentent *un repli sur soi, une apathie, une tristesse et des troubles de la concentration.* Et enfin chez les adolescents âgés de 13 à 16 ans, on observera *un désintérêt scolaire et des plaintes somatiques* préférentiellement.

Nous pouvons alors différencier l'angoisse de séparation développementale du trouble angoisse de séparation par deux critères : l'âge de survenue du trouble mais aussi l'intensité des manifestations.

c. Sémiologie

MOUREN-SIMEONI distingue trois catégories de signes cliniques du trouble angoisse de séparation pouvant se manifester conjointement ou séparément.

- La détresse lors de la séparation : Elle se manifeste lors d'une séparation ou de l'anticipation de celle-ci. De nombreux signes somatiques peuvent apparaître tels que des douleurs abdominales, des céphalées, des nausées, des palpitations, ou encore une impression d'évanouissement. Elle peut également être le lieu de manifestations agressives, notamment à l'adolescence. Ces manifestations se présentent sous la forme de pleurs, de colères, de provocation.

[28] FRANCIS, LAST, STRAUSS, 1987, p. 82-89

- Les ruminations et préoccupations morbides : Elles sont constantes. Des pensées obsédantes portant atteinte à la famille mais aussi à la propre intégrité de l'enfant sont retrouvées. Chez les enfants de 5 à 8 ans, on observe fréquemment des cauchemars à thème de séparation et de préoccupations concernant la mort.
- La nostalgie du chez soi : Elle se caractérise par un sentiment de manque de la maison et des membres de la famille.

d. Co-morbidité

Je propose ici de vous présenter les différents troubles qui peuvent être retrouvés associés à l'angoisse de séparation. Cette démarche se justifie par une tentative d'explication des différents troubles que l'on peut observer chez Mathéo : un aspect dépressif par moment où je le trouve « éteint », les troubles du comportements qui persistent à l'école avec une grande agressivité qui se caractérise par ses nombreuses implications dans des bagarres et enfin ses autres angoisses qui sont multiples (angoisse de morcèlement interne, angoisse d'effondrement, d'annihilation, angoisse dépressive de perte du bon objet interne).

Le trouble angoisse de séparation est rarement un trouble isolé. Il est fréquemment associé à d'autres manifestations. Je les classerai en trois catégories :

- Les autres formes d'anxiété,
- La dépression,
- Et les troubles du comportement.

**Les autres formes d'anxiété :**

Tout d'abord, le trouble hyperanxiété de l'enfant, compris dans le DSM-IV au sein de la catégorie diagnostique *Anxiété généralisée,* se caractérise par une anxiété ou une crainte excessive et irréaliste survenant durant une période d'au moins six mois. C'est le trouble le plus souvent associé au trouble angoisse de séparation.

On observe également des troubles phobiques. La phobie est une crainte irrationnelle et angoissante dont le patient a conscience et qu'il qualifie d'excessive et absurde. Elle est déclenchée par un stimulus ne présentant pas de caractère objectivement dangereux. On distingue trois types de troubles phobiques.

- L'agoraphobie qui est « une crainte pathologique des espaces découverts, des lieux publics »[29].

[29] LAROUSSE, 2004, p.30

- Les phobies sociales qui se caractérisent par la peur d'être jugé, humilié, embarrassé dans des situations où le sujet est exposé à la possible observation d'autrui.
- Les phobies simples qui sont caractérisées par la peur persistante d'un stimulus déterminé. Les plus fréquentes associées au trouble angoisse de séparation concernent la peur du noir, des fantômes, des monstres.

La phobie scolaire semble être intimement liée au trouble angoisse de séparation, celui-ci étant le mécanisme le plus fréquemment rencontré dans la phobie scolaire. Elle s'observe chez « des enfants qui, pour des raisons irrationnelles, refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer »[30].

Ensuite le trouble panique se caractérise par la survenue récurrente d'attaques de panique, chez un même sujet.

Enfin, le trouble obsessionnel compulsif fait aussi parti des autres formes d'anxiété pouvant être associées au trouble angoisse de séparation. Il est l'objet d'obsessions, de compulsions, ou des deux.

**La dépression :**

La dépression se définit par « un état pathologique de souffrance marqué par un abaissement du sentiment de valeur personnelle, par du pessimisme et par une inappétence à la vie »[31]. De nombreux auteurs discutent le fait que le syndrome dépressif serait une résultante du trouble angoisse de séparation. FROMMER, en 1968, fait du trouble angoisse de séparation un syndrome dépressif qu'il nomme « dépression phobique », en se basant sur la symptomatologie suivante : la tristesse, les pleurs, la pauvreté du discours, l'impression de ne pas être aimé et le désir de mourir.

**Les troubles du comportement :**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « les troubles du comportement se caractérisent par un changement de mode de pensée, de l'humeur ou du comportement qui ne rentrent plus dans les normes ou les croyances culturelles ». Il en existe plusieurs types. Ceux pouvant être associés au trouble angoisse de séparation sont :

- Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité définit par une tendance excessive à la distraction et des difficultés de concentration accompagnées d'une hyperactivité (désignant l'excès de mouvement, une activité globale non constructive, désordonnée).

[30] AJURIAGUERRA, 1974
[31] LAROUSSE, 2004, p. 455

- Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) décrit dans le DSM comme un ensemble récurrent de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs envers des figures autoritaires, allant au-delà d'un comportement infantile habituel.

On peut également observer des comportements hétéroagressifs.

e. Modèles de compréhension de l'angoisse de séparation

1) Les théories psychodynamiques

Dans cette partie, je vous présenterai les apports de différents auteurs issus de la psychanalyse dans la compréhension de l'angoisse de séparation.

Je commencerai par aborder les théories de FREUD S. à ce propos. Dans les œuvres de cet auteur, différentes théories explicatives se sont succédées. Dans sa première théorie de l'angoisse, il expose le lien à une certaine quantité de libido qui serait inutilisée à cause de la non-satisfaction de la pulsion. L'angoisse serait donc une conséquence du refoulement mettant à distance la représentation pulsionnelle intolérable et laissant de ce fait, une quantité de libido non-utilisée. Il énonce aussi l'idée, que chez l'enfant, l'angoisse serait liée « à un sentiment d'absence de la personne aimée ». Pour le nourrisson, la seule possibilité de décharge libidinale concerne la mère qui est l'unique objet de son investissement libidinal. Son absence transformerait alors directement cet investissement en angoisse.

FREUD S. modifie ensuite ce modèle pour introduire l'idée du traumatisme que représente la naissance en se rapprochant des travaux de RANK O. sur ce même thème. La naissance représente, pour lui, la situation de séparation typique. L'angoisse serait alors créée à partir de situations récurrentes qui réactiveraient cette première expérience traumatique de séparation. Le nourrisson ne craint pas la séparation ou la perte de sa mère mais l'état de détresse et de tension auquel il devra faire face en son absence.

Dans sa deuxième théorie de l'angoisse, FREUD S. émet l'idée que l'angoisse n'est plus en lien avec la répétition d'une expérience traumatique mais qu'elle se manifeste comme signal d'alarme face à la reconnaissance d'une situation de danger telle que la séparation ou la perte d'objet. Il énonce : « C'est l'angoisse qui fait le refoulement, et non pas, comme je l'ai estimé jadis, le refoulement qui fait l'angoisse »[32]. Le refoulement n'est donc plus la cause de la survenue de l'angoisse mais devient sa conséquence.

Chaque phase du développement de l'enfant possède une situation précise étant capable de déclencher une réaction d'angoisse. Généralement, l'intensité réactionnelle face à cette situation diminue avec le développement du moi.

[32] FREUD, 1983, p. 24

Face à ces deux théories qu'élabore FREUD S., KLEIN M. émet l'existence d'un Moi immature, présent dès la naissance, qui est le lieu d'un conflit entre la pulsion de vie et la pulsion de mort, un combat entre l'amour et la haine. La pulsion de vie engendre chez l'enfant « la capacité d'amour et que tout bien être est ressenti comme provenant de forces bienfaisantes »[33]. Tandis que la pulsion de mort provoque une agressivité caractérisée par des pulsions destructrices. Ces pulsions sont dirigées vers autrui et elles peuvent alors donner l'illusion d'un autre hostile. KLEIN M. défend l'idée d'un moi existant alors dès la naissance qui doit se défendre contre l'angoisse. L'angoisse provient du danger d'anéantissement lié à « l'action de l'instinct de mort ».

D'après cet auteur, l'enfant utilise différents processus :

- Le clivage consiste au maintien de la séparation des « bons » et « mauvais » objets[34]. L'enfant, en reconnaissant sa mère comme bon et mauvais objet, maintient sa capacité à aimer.
- L'introjection permet au nourrisson d'intérioriser les situations vécues et les objets rencontrés. Ces expériences deviennent alors internes et faisant parties de la vie intérieure du sujet. L'introjection est préférentiellement réalisée pour les « bons » objets et les « bons » comportements et adaptations maternelles.
- La projection est un mécanisme permettant d'attribuer à autrui ses propres pulsions et sentiments. Le nourrisson projette généralement ses pulsions agressives en les décernant au « mauvais » objet que représente le sein de la mère dans un premier temps.

Dans le cas de l'angoisse, de l'action du clivage et de la projection, la menace est identifiée comme provenant de l'extérieur, comme un mauvais objet persécuteur. Ce dernier qui est externe devient alors interne par le mécanisme d'introjection. Deux sources de l'angoisse sont alors distinguées, la première étant interne et se traduisant par la pulsion agressive ; et la seconde, externe, désigne un danger telle que la situation de séparation. Cette séparation d'avec la mère est vécue comme un danger pour subvenir aux besoins de l'enfant mais aussi comme une perte de la défense essentielle luttant contre la destruction interne. « Selon J. Manzano (1989), chaque séparation va donc provoquer,

[33] BOULEY, 1997, p. 18

[34] LAPLANCHE et PONTALIS, 2007, p. 290 « La notion d'objet est envisagée en psychanalyse sous trois aspects principaux :

A) En tant que corrélatif de la pulsion : il est ce en quoi et par quoi celle-ci cherche à atteindre son but, à savoir un certain type de satisfaction. Il peut s'agir d'une personne ou d'un objet partiel, d'un objet réel ou d'un objet fantasmatique.

B) En tant que corrélatif de l'amour (ou de la haine) : la relation en cause est alors celle de la personne totale, ou de l'instance du moi, et d'un objet visé lui-même comme totalité (personne, entité, idéal, etc.) ; (l'adjectif correspondant serait « objectal »).

C) Dans le sens traditionnel de la philosophie et de la psychologie de la connaissance, en tant que corrélatif du sujet percevant et connaissant : il est ce qui s'offre avec des caractères fixes et permanents, reconnaissables en droit par l'universalité des sujets, indépendamment des désirs et des opinions des individus (l'adjectif correspondant serait « objectif »). »

soit des angoisses paranoïdes (angoisse d'anéantissement et d'annihilation), soit des angoisses dépressives (peur de la destruction du bon objet interne) »[35].

2) La théorie de l'attachement

Les bases de la théorie de l'attachement sont posées par BOWLBY J. en 1950. Il définit l'attachement comme « un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu »[36]. Il s'est intéressé aux expériences de séparations et de pertes de la figure d'attachement. BOWLBY J. observe alors les conséquences de telles expériences sur le comportement de l'enfant. Il en tire une séquence de réactions en trois temps :

- La protestation qui est décrite comme énergique et s'accompagnant de tentatives pour retrouver la figure d'attachement.
- Le désespoir d'arriver à retrouver la figure d'attachement. L'enfant est en attente de ce retour, préoccupé et guette son arrivée.
- Et le détachement émotionnel qui peut être permanent ou transitoire si la figure d'attachement réapparaît. Cependant, même dans ce cas, l'enfant gardera une trace pendant un certain temps de cet évènement sous la forme d'une inquiétude concernant une éventuelle nouvelle séparation.

De ces temps vont résulter différents types d'attachement :

- L'attachement sûr/sécure : l'enfant a confiance en ses parents qui sont eux-mêmes disponibles et sensibles aux signaux de ce dernier. Lors d'un évènement ou d'une situation difficile, il peut aller chercher de la réassurance et de la protection auprès de ses parents.
- L'attachement angoissé-résistant : lors d'une situation difficile, l'enfant va chercher de la réassurance auprès de ses parents tout en montrant un manque de confiance en leurs capacités. On observera alors une diminution des explorations du fait de cette incertitude, et l'enfant aura tendance à s'accrocher et exprimer de l'angoisse. Ce type d'attachement est retrouvé lors d'expériences antérieures de défaillance des parents ou de menaces récurrentes d'abandon comme moyen de pression sur l'enfant.
- Enfin, l'attachement angoissé-évitant : lors de situations difficiles, l'enfant ne présente aucune attente de ses parents. Il a abandonné l'idée d'une possible protection. Cet attachement est souvent repéré lors de situations de rejet à répétition.

[35] BAILLY, 2004, p. 72
[36] BOWLBY, 2002, p. 245-285

Pour cet auteur, les différentes expériences de séparation de la figure d'attachement qui peuvent aller d'une séparation physique temporaire, de la menace d'abandon à la perte définitive, engendre un stress qui serait alors responsable, dans certaines conditions, d'influencer le développement du sujet soit vers la santé mentale, soit vers la psychopathologie. Le lien entre le trouble angoisse de séparation et théorie de l'attachement, pourrait alors être expliqué par la réapparition d'un attachement anxieux.

Dans cette perspective d'explication, je souhaite vous présenter les différents troubles de l'attachement qui peuvent être observés. Je m'appuierai ici sur les travaux de ZEANAH, BORIS et LIEBERMAN ainsi que les essais de classification de ces troubles de MORALES-HUET M.. Deux catégories sont distinguées :

- Les troubles de l'absence d'attachement

Ce trouble concerne les enfants placés très tôt en institution et ayant fait l'objet de négligence et de nombreuses carences. Cette catégorie contient deux sous-groupes. On observera l'absence d'attachement sans réserve ou réticence normale à cet âge. L'enfant présentera un comportement très familier avec des personnes étrangères. Et certains d'entre eux pourront se mettre dans des situations de risque ou en danger. L'absence d'attachement avec retrait émotionnel fait également partie de cette catégorie. Elle se manifeste par des enfants qui ne s'attachent et ne semblent être intéressés par personne.

- Les troubles de la base de sécurité

L'enfant a alors développé un attachement mais qui comporte des perturbations. Trois types de troubles de la base de sécurité sont décrits par ZEANAH, MAMMEN et LIEBERMAN.

Tout d'abord le trouble de l'attachement avec mise en danger est caractérisé par une mise en danger survenant au cours de la deuxième année de vie avec l'apparition de la marche et allant dans le sens contraire de la sécurité et de la survie. L'enfant effectue des activités reconnues dangereuses et provocantes. Ce comportement fait généralement appel à une recherche d'attention du parent ainsi qu'à la protection de ce dernier qui fait souvent défaut.

Ensuite sont aussi décrits les troubles de l'attachement avec vigilance et obéissance excessive. L'enfant se montre très docile envers ses parents, répondant à toutes leurs demandes et se montrant très attentif à leur égard. Il semble être dans une crainte de comportement plus ou moins violent. Et il est vrai que ce type d'attachement est fréquemment associé à un comportement parental intrusif et/ou violent.

Et enfin les troubles de l'attachement avec inversion des rôles font aussi partie des troubles de la base de sécurité. L'enfant est dans une recherche de protection d'une figure d'attachement dite « fragile ». Il se montre très attentif et pourvue d'une grande sensibilité quant à l'état psychique et au bien être d'autrui. Une séparation d'avec la figure d'attachement dans ce contexte peut représenter une situation à risque.

3) Approches neurobiologiques

Dans cette partie, je propose de vous présenter l'angoisse de séparation sous une vision différente de celle que l'on rencontre habituellement. C'est pourquoi je vous décris alors une approche neurobiologique. Il est vrai que ces éléments n'ont pas été abordé dans la situation de Mathéo. Cependant elle me paraît importante pour une compréhension plus globale de l'angoisse de séparation.

**Les facteurs génétiques :**

Des facteurs génétiques semblent être impliqués dans l'apparition du trouble angoisse de séparation. MOUREN-SIMEONI M.C., VILA G. et VERA L., en 1993 dans *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent* font état de l'existence d'un lien entre le trouble anxieux survenant chez l'enfant et la présence d'un trouble affectif chez les parents. Cependant cette étude ne nous renseigne pas sur le mode de transmission génétique ou sur la question environnementale. Aucun marqueur génétique spécifique n'est identifié à ce jour concernant le trouble angoisse de séparation. Mais selon LEBOYER M. et LEPINE J.P., dans leur écrit *L'anxiété est-elle héréditaire ?*, l'existence de facteurs de vulnérabilité génétiques alliés à des facteurs environnementaux tels que le comportement parental ou les évènements de vie par exemple, sont déterminant dans l'expression de la symptomatologie et le devenir des troubles anxieux chez l'enfant.

**Le système CRH (corticotropin-releasing hormone) et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) :**

La séparation de l'enfant d'avec sa figure d'attachement provoque un état de stress. On observe alors la mise en jeu de deux composantes dans les réponses physiologiques au stress. Il s'agit du système d'alarme et du système de défense. Le système d'alarme permet la sécrétion de noradrénaline (hormone jouant un rôle dans l'excitation, l'orientation de stimuli, l'attention, les émotions, le réveil, le sommeil, etc.) et de l'adrénaline (hormone sécrétée en réponse à un état de stress) dans la circulation sanguine. Le système de défense, lui, engage les neurones à corticolibérine (CRH), les cellules corticotropes et les cellules corticosurrénaliennes augmentant ainsi le niveau de glucocorticoïdes circulant dans le sang. Ces systèmes engendrent une altération du fonctionnement de l'axe corticotrope.

Je vais m'intéresser ici à la description du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou plus communément appelé l'axe du stress. En réponse à un stimulus de stress, l'hippocampe et l'amygdale sont activés et envoient des informations nerveuses vers l'hypothalamus qui synthétise la CRH. La CRH va agir sur l'hypophyse permettant ainsi la mise en action des cellules endocrines sécrétant l'ACTH (adrenocorticotropin hormone). Cette dernière est libérée dans le sang pour atteindre la surrénale, une glande endocrine. Sa partie corticale synthétise les corticoïdes, comme le cortisol, celui-ci étant à l'origine de la libération de la noradrénaline et de l'adrénaline dans le sang.

On retrouve chez les nourrissons une augmentation de la quantité de cortisol dans la circulation sanguine en réaction à une séparation. Cette variable est d'autant plus majorée lors d'un attachement dit « désorganisé ».

Nous pouvons donc émettre l'idée qu'un hyperfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien pourrait aussi être une des causes de la survenue et de l'expression de la symptomatologie du trouble angoisse de séparation.

*« Il y a un mystère dans les voies qu'empruntent nos enfants pour se séparer de nous. Elles passent souvent par un moment d'effondrement individuel, un peu comme s'il fallait mourir pour vivre »*[37].

[37] RENAUD, 1988

# III. L'angoisse d'effondrement

L'angoisse d'effondrement est une angoisse corporelle archaïque. Les angoisses archaïques sont présentes chez le bébé avant l'apparition du langage. Elles font parties du développement normal de l'enfant. Elles restent apparentes plus ou moins consciemment à l'âge adulte. Et c'est l'intensité du retentissement de ce type d'angoisse qui établie le pathologique ou non.

L'angoisse corporelle archaïque prégnante chez Mathéo est l'angoisse d'effondrement. Elle est abordée par WINNICOTT D.W. qui la nomme crainte de l'effondrement. Il la définit comme le fait de tomber à jamais qu'il décrit comme une angoisse disséquante primitive. Il soutient que cette crainte est à l'origine une crainte d'un évènement qui a déjà été vécu dans le passé et dont il faut éviter la répétition.

Elle apparait dès la naissance avec, peut être, la différence de pesanteur entre le milieu utérin et le monde extérieur. PIREYRE E. émet le fait que les manifestations de l'angoisse d'effondrement s'observent dans les premiers temps chez les jeunes enfants sous forme d'agrippement lors de moments anxiogènes. Il donne ainsi l'exemple de la sortie du bain mais aussi celui des moments de « décrochage relationnel ». Dans les premiers temps, cette angoisse est rassurée par le *holding* maternel. Le bébé est alors dans un état de dépendance.

De plus, WINNICOTT D.W. associe l'effondrement à la crainte de l'anéantissement, du vide et de la non-existence. PIREYRE E. ajoute que les éléments précédents ont des liens bien plus grands avec l'effondrement que ne l'annonce WINNICOTT D.W. : « ne pas surmonter l'étape archaïque de l'effondrement, c'est certes développer une angoisse massive d'effondrement mais c'est aussi porter en permanence en soi la crainte de l'anéantissement et du vide »[38]. En m'appuyant sur ces faits, j'ajouterais alors chez Mathéo, la présence d'une angoisse d'anéantissement, d'annihilation, ainsi qu'une angoisse dépressive concernant la peur d'une destruction du bon objet interne faisant plus particulièrement son apparition lors des séparations.

[38] PIREYRE, 2015, p. 181

**Conclusion :**

Nous avons pu voir au cours de cette partie théorique que chaque étape de l'intégration du moi qu'il soit psychique ou corporel, détermine le devenir futur du sujet. L'installation d'une sécurité interne fragile au cours du développement peut donc avoir des répercussions de l'ordre psychocorporel.

Mon premier questionnement concerne l'expression psychocorporelle des angoisses de Mathéo et notamment de son angoisse de séparation et de celle d'effondrement. Altèrent-t-elles l'intégrité psychocorporelle du sujet ? J'émets alors l'hypothèse d'expressions prenant racine sur la tonicité, sur les enveloppes psychiques et corporelles, sur l'axialité ainsi que sur la gestualité du sujet. Ces manifestations de l'angoisse étaient si présentes chez Mathéo, qu'elles m'ont amenée à me questionner également sur les moyens que nous disposions, en tant que psychomotricien, pour la contenir. Je me suis alors intéressée aux particularités du cadre thérapeutique et aux fonctions du psychomotricien. Ces questionnements font l'objet de ma réflexion dans le développement de la partie suivante.

# Troisième partie : Discussion

# I. Expressions psychocorporelles des angoisses de séparation et d'effondrement

« Toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre »[39] (DAMASIO A.).

Du fait de la fragilité de son état interne, Mathéo présente, au cours des séances de psychomotricité, des angoisses de séparation et d'effondrement. Dans cette partie, je vais tenter d'exposer les expressions psychocorporelles que peuvent avoir de telles angoisses.

a. La tonicité

Dans son livre *Clinique de l'image du corps – Du vécu au concept* (2015), PIREYRE E. aborde la notion des compétences communicationnelles du corps et plus particulièrement des canaux de communication corporelle. Il cite alors six canaux, dont les modifications toniques, les réactions de prestance, les attitudes corporelles, les mimiques, l'activité motrice ou gestualité, et le regard. Chaque personne n'utilise cependant pas l'intégralité des canaux présentés ; et ils ne sont pas forcément les mêmes d'une personne à une autre. Ceci s'explique par l'adaptation du nourrisson à ses parents pour exprimer et faire comprendre ses besoins. Il utilise alors les canaux communicationnels lisibles par ses propres parents.

Je commencerai alors par vous évoquer la question du tonus chez Mathéo qui m'est apparue comme l'expression majeure de ses angoisses. J'ai pu observer au cours de sa prise en charge deux polarités toniques qui, pour lui, ont valeur de communication de son état interne et de ses angoisses. J'ai pu discerner que ces polarités apparaissaient à des moments précis de la séance. J'ai fortement insisté au cours de mon mémoire sur les fins de séances qui étaient au combien difficiles pour ce jeune garçon. Cependant il laissait également apparaitre des difficultés lors des instants de transition, de changement d'activité dans la séance. Ces deux temps correspondent aux lieux d'expressions des deux polarités toniques que peut présenter Mathéo :

- L'hypertonicité pour les moments de transition au cours de la séance,
- Et l'hypotonicité pour les temps de séparation en fin de séance.

Je me suis alors questionnée sur la ou les fonction(s) que pouvaient avoir ces deux polarités toniques pour Mathéo. Mais je me suis également demandée quelle polarité pouvait correspondre à l'angoisse de séparation et inversement avec l'angoisse d'effondrement. Malgré que ces deux angoisses soient fortement liées.

[39] PIREYRE, 2015, p. 128

*L'hypertonicité*

L'hypertonie de Mathéo est un changement d'état tonique volontaire. C'est lui, qui, lors des instants de transition, contracte la quasi-totalité de ses muscles. Dans ces moments, il peut même bloquer sa respiration par une trop forte contraction musculaire, son visage se transforme et devient alors tout rouge. Il peut également se retrouver dans une attitude corporelle figée, raide et avoir une activité motrice ralentie. La mise en scène d'un « corps robot » peut aussi apparaître. Il a alors le regard fixe, son corps est tendu, ses mouvements sont saccadés et lents. Mathéo peut, à ce moment, faire un son très aigu, comme si cette voix ne lui appartenait pas. Dans ces instants, le vécu corporel de Mathéo me pose question et me fait penser à celui d'un corps machine que l'on peut observer dans le cas de psychose. Que signifie alors pour lui ce temps de transition pour avoir une telle expression ?

C'est dans la relation que Mathéo et plus particulièrement son objet interne reprend vie. Je suppose alors, que ce temps correspond à une perception de relation coupée, l'espace de quelques secondes, pour Mathéo. Ce qui signe donc le retour d'une angoisse d'effondrement pour lui. L'hypertonicité pourrait alors avoir une fonction de construction d'une nouvelle enveloppe que BICK E. nomme « seconde peau musculaire », l'enveloppe créée par la relation ayant disparue. Le rôle de cette « seconde peau musculaire » serait sûrement de lutter contre son angoisse d'effondrement et ainsi de maintenir son psychisme.

Nous pouvons cependant aussi comprendre l'hypertonicité qu'il présente lors des temps de transition, comme une manière de diminuer les sensations extéro, proprio et intéroceptives, par l'instauration d'une carapace tonique. ROBERT-OUVRAY S. confirme que l'hypertonicité dans son état de tétanie assure un rôle anesthésiant. Serait-ce peut être la façon qu'a Mathéo de nous transmettre le vide interne qu'il peut ressentir, comme dans un effacement de lui-même, par un effacement de ses propres sensations.

Ce recrutement tonique important me fait également penser aux premières manifestations de l'angoisse d'effondrement chez le tout petit. En réponse à une telle angoisse, il présente un agrippement. L'hypertonicité de Mathéo ne serait-elle pas une forme d'agrippement témoignant d'une angoisse d'effondrement ?

Je ressens l'état rigide que peut présenter Mathéo lors des transitions comme une mise à distance corporelle mais aussi relationnelle. Mathéo est perdu dans son monde interne, remplit d'angoisses.

*L'hypotonicité*

Cette autre polarité tonique apparait chez Mathéo lors des instants de séparation ou de l'anticipation de celle-ci. Lorsque nous évoquons la fin de séance avec lui, nous pouvons observer un arrêt de l'action en cours et plus globalement de sa motricité. Il tombe alors au sol, le regard fixé dans le vide comme dans un effondrement corporo-psychique. La survenue de la séparation signe peut être alors une réactivation de l'angoisse d'effondrement. Le fait de nous quitter signifie un arrêt, même provisoire, de notre relation. Alors que celle-ci est le pilier de la construction interne de Mathéo. Se demande-t-il s'il la retrouvera la semaine suivante ?

Nous pouvons également comprendre cette hypotonicité comme une manière d'opposition à la séparation. Mathéo ne peut peut-être pas verbaliser son besoin des séances de psychomotricité qu'il a investi comme lieu de dépôt de ses angoisses. Il trouve alors une autre façon de l'exprimer.

Lors de la séparation, nous devons alors le porter comme dans un portage du tout petit. Il exprime un besoin de régression. Et nous jouons probablement un rôle de holding, dans un transfert des soins maternels de WINNICOOT D.W..

b. <u>Les enveloppes psychiques et corporelles</u>

Je parlais précédemment de l'instauration d'une « seconde peau musculaire » pour lutter contre l'effondrement corporo-psychique. Cette seconde peau représentait alors probablement une enveloppe que Mathéo investissait. Mais il peut également mettre en jeu cette question d'enveloppe sous d'autres formes.

J'ai pu observer une évolution au cours de ces quelques mois. Mathéo mettait tout d'abord en jeu une enveloppe du tout petit. Il était souvent en recherche de semi-obscurité en se couvrant entièrement avec des couvertures, très attentif à sa sensorialité. Il s'entourait alors également d'une enveloppe thermique. Les couvertures étaient très présentes au cours des séances et revenaient d'une séance à l'autre. Puis à partir du mois de janvier, nous avons pu observer une envie de construction de cabane. Il a particulièrement apprécié ce type de construction. Cependant il avait toujours besoin, au cours des séances, d'énormément d'étayage lors de leurs constructions. Il n'y participait que brièvement concernant principalement la structure de celle-ci. Mais lorsqu'il s'agissait de choisir les objets et matériels qu'il souhaitait prendre à l'intérieur, un besoin d'abondance faisait surface et il prenait grand soin à choisir les éléments. A l'intérieur de la cabane, il se montrait présent, enjoué et pouvait mettre en place des jeux de symbolisation de ses angoisses.

Pour SENN B., les constructions de cabanes « permettent la réunification, par un acte concret, de ce qui est de l'ordre corporel, du tangible et de ce qui est de l'ordre du psychisme, de l'affectif et du

rêve »[40]. On pourrait alors rapprocher la cabane de la représentation que se fait le sujet de sa propre enveloppe psychique, si la construction est à son initiative. Elle serait donc le lieu d'une projection de l'enveloppe psychique du sujet dans le réel. Lorsque des enfants construisent une cabane dans laquelle ils vont aller s'y poser, ils recréent une enveloppe protectrice qui les rassemblera alors psychiquement et corporellement. Or Mathéo ne nous aidait pas vraiment lors de la construction de chaque cabane. Il restait souvent en observateur de la scène. Il a tout de même pu le reconnaître de lui-même lors d'un entretien avec sa mère. Alors pourquoi ne participait-il pas ? Que représentait, pour lui, la construction d'une cabane ?

N'ayant pas de réponse précise de la part de Mathéo à vous donner, je fais l'hypothèse de la représentation d'un moi-peau d'emprunt qui entoure et solidifie alors le psychisme de Mathéo dans un espace sécure. Il avait alors peut-être des difficultés à construire sa cabane par peur de la représentation qu'il pourrait lui donner, comme un reflet de son enveloppe psychique et de son état interne qui restent fragiles. La cabane était investie comme lieu sécure dans lequel il avait confiance. Mais comment l'aurait-il perçue s'il l'avait réalisée ? Il nous associait peut être alors à des « bons » objets qui pouvaient lui construire une enveloppe fiable qui contiendrait ses angoisses. La construction de la cabane pallie ainsi au manque de sécurité interne de Mathéo, pour un temps. Elle créée alors une enveloppe qui met à l'écart les éléments qui peuvent être désorganisant pour Mathéo.

Cependant lors de la déconstruction de la cabane, Mathéo était à nouveau en proie avec ses angoisses. Son enveloppe devenait alors peut-être à nouveau « poreuse », comme un moi peau passoire décrit par ANZIEU D.. J'ai ressenti ces instants de rangement comme la fin d'un temps, où Mathéo pouvait s'exprimer et jouer. On peut donc supposer qu'il n'a probablement pas introjecté la fonction contenante de l'objet qui est représenté ici par la cabane.

c. <u>L'axialité</u>

Mathéo présente, lors des temps de séparation, un effondrement corporel. Il ne laisse alors tomber au sol dans un état hypotonique, comme je l'ai abordé précédemment. Cet effondrement tonique a des effets sur son axe, qui s'en retrouve affecté. L'hypotonie axiale est l'état caractéristique du nouveau-né. Ne serait-ce pas alors le signe d'une régression, dans une recherche du soutien de son environnement pour faire face à ses angoisses ? Un axe qui ne tient plus, qui s'effondre, tient peut être alors d'une verticalité difficile à tenir face à cet environnement extérieur peut-être menaçant.

LESAGE B., dans son livre *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, énonce « La référence à l'axe en tant que marqueur d'une intégrité »[41]. L'axialité, comme pilier de la structuration psychocorporelle du sujet, serait alors le témoin d'une intégrité psychocorporelle.

[40] SENN, 2005, p. 34
[41] LESAGE, 2012, p. 147

Cet axe, accompagné des variations toniques qui l'étayent, n'est-il pas le témoin et le lieu de l'expression d'une intégrité psychocorporelle fragile. Celle-ci reflétant alors les angoisses de Mathéo.

d. La motricité – gestualité

Lors des temps de transition et de séparation, Mathéo est sujet à ses angoisses. C'est alors aussi le lieu de l'apparition d'une gestualité désarticulée et déstructurée. Mathéo, en proie à ses angoisses, erre alors dans la salle, tombe, se relève pour tomber à nouveau. Ses membres partent alors dans toutes les directions. Je suppose alors que cette motricité « particulière » est le fruit d'une fragilité de l'intégrité psychocorporelle de Mathéo, elle-même provoquée par ses angoisses.

**Conclusion :**

J'ai pu observer, au cours de cette prise en charge, l'intensité des manifestations des angoisses de Mathéo. Elles touchent de nombreux domaines psychomoteurs. Je parle, à plusieurs reprises, de retour à des comportements antérieurs, du tout petit. Je suppose alors, un besoin de Mathéo de retourner à des comportements antérieurs à son développement, car c'est la seule réponse en sa possession pour répondre à ses angoisses. Ces expressions, si envahissantes sur le plan psychocorporel, ont pu empêcher ou diminuer ses explorations tout au long des séances. Je me suis alors demandée assez rapidement quels étaient les moyens à ma disposition pour contenir ce type d'angoisse et ainsi réinscrire Mathéo dans une réalité.

# II. Comment contenir l'angoisse ?

Comme vu dans la partie précédente, Mathéo est sujet aux nombreuses manifestations de ses angoisses. Au cours des quelques mois passés avec lui, je me suis énormément questionnée sur les moyens à ma disposition pour contenir celles-ci et plus globalement, les manifestations corporelles et verbalisations dont il faisait état. J'ai pu à de nombreuses reprises me trouver désarmée et désemparée face à ce que j'identifie comme une souffrance. Je vous propose alors ici le fruit de ma réflexion quant aux moyens dont nous disposons en tant que psychomotricien.

a. Le cadre thérapeutique

La question du cadre m'est donc apparue en premier lieu pour tenter de contenir les angoisses de Mathéo. Un cadre sécure, régulier pourrait sûrement l'aider à y faire face. Mais alors quelles doivent être les particularités de ce cadre pour qu'il réponde aux exigences des angoisses. Et quelles sont les fonctions que le cadre peut prendre dans une prise en charge psychomotrice ?

Du latin *quadrum* signifiant carré, le cadre est défini par « ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, quelque chose […], ce qui entoure un objet, un lieu, une personne »[42]. PELLETIER F., ajoute qu'il suppose la distinction entre un dedans et un dehors mais aussi qu'il sera tenu comme référence dans le contexte d'un processus de changements.

Dans le domaine de la santé, nous utilisons la notion de cadre thérapeutique qui semble être la base de toute thérapie. Il peut se définir par l'ensemble des conditions matérielles, physiques mais aussi psychiques qui sont mises en place en adéquation avec le patient. Il doit s'adapter aux différentes problématiques que les patients peuvent présenter. Un cadre thérapeutique ne sera pas forcément le même d'un patient à un autre. POTEL C. le décrit comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »[43]. Il fixe donc des critères précis tels que la fréquence, la durée, le lieu de l'intervention ainsi que ses modalités, mais aussi l'objectif de cette intervention. Le cadre thérapeutique est également le support à la relation thérapeutique. Il fait donc fonction de tiers entre le patient et le thérapeute.

Nous pouvons distinguer le cadre physique du cadre psychique. Je m'intéresserai ici au cadre physique et à ses composantes, le cadre psychique étant abordé ultérieurement. Quelles sont alors les caractéristiques physiques d'un cadre thérapeutique ?

[42] Dictionnaire encyclopédique, 2004, p. 231
[43] POTEL, 2010, p. 321

1) Les composantes physiques du cadre thérapeutique

*Le cadre spatial :*

Les séances de psychomotricité se déroulent dans un espace aménagé pour ce type de prise en charge. « Des conditions d'espace : pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps »[44]. Le lieu de la prise en charge reste le même à chaque séance (sauf en cas de déménagement des locaux) et il constitue alors un repère stable pour le patient. La salle de psychomotricité est rangée à chaque fin de séance pour retrouver sa disposition type qui est neutre. Celle-ci permet au patient d'investir l'espace comme lui appartenant et ne pas avoir l'impression d'entrer dans l'espace d'un autre. Lorsque Mathéo souhaite prendre les coussins et couvertures pour s'installer confortablement dans une cabane par exemple, il sait exactement dans quelle armoire se situe ce matériel. Chaque objet a sa propre place qui est bien repérée par le patient. L'aménagement de la salle fait partie intégrante du cadre spatial.

Cependant j'ai pu observer au cours de mon stage une autre particularité de cette composante spatiale. Lors de l'entrée des enfants dans la salle de psychomotricité, un rituel s'installe, même s'il est différent d'un enfant à un autre. Quand Mathéo entre dans la salle, il vient s'assoir au bureau avant de débuter la séance. La place où il s'assoit a été défini à l'avance et il prend alors celle-ci à chaque séance. Il en va de même pour Christine et moi-même. La disposition de chacune des personnes présentes dans la salle est alors aussi repérée comme élément du cadre.

*Le cadre temporel :*

Au cours des semaines de prise en charge, les séances se déroulent un même jour à une même heure pour une même durée. « Des conditions de temps : une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante (entre 45 minutes et 1 heure, selon les indications et le cadre) et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères »[45].

A chaque début de prise en charge, le cadre temporel est posé. Il s'agit de faire comprendre aux parents, l'importance de la régularité de la présence de leur enfant à chaque séance. Il est également indiqué au patient que ce temps lui est totalement réservé. L'enfant peut ainsi repérer ce temps comme appartenant à sa séance de psychomotricité et l'intégrer comme un repère stable.

Nous pouvons donc distinguer différents repères temporaux instaurés au sein de ce cadre. Tout d'abord, la durée de la séance est fixe pour le patient. Cependant j'ai observé qu'elle varie d'un

[44] POTEL, 2010, p. 322
[45] Ibid.

psychomotricien à un autre, allant de 30 minutes à une heure. Ceci peut s'expliquer par la différence des besoins propres à chaque psychomotricien mais aussi par des contraintes ou directives institutionnelles.

Ensuite la séance de psychomotricité suit une véritable rythmicité permise par l'instauration de rituels. Le patient aura alors davantage de repères et pourra se sentir en sécurité et contenu par le cadre temporel.

Mathéo attend toujours un peu en salle d'attente avant d'entrer en séance de psychomotricité. Lorsqu'il entre, il va accrocher son manteau au porte manteau. Puis il vient s'assoir au bureau. Christine sort alors son dossier où elle note ce qui se déroule en séance, pour que l'on se remémore ensemble la séance de la semaine précédente. Mathéo s'exprime alors. C'est en général à ce moment là qu'il sort l'objet qu'il ramène de chez lui. Il le pose sur le bureau et le retrouvera à la fin de la séance. Nous décidons ensemble ce que nous allons faire pendant celle-ci. La séance se déroule. Quelques minutes avant la fin, nous signalons à Mathéo que nous allons bientôt mettre fin à la séance. Nous rangeons alors tout le matériel utilisé et nous disons au revoir.

Le patient intériorise alors un début, un pendant et une fin de séance.

*Le cadre matériel :*

Le matériel physique sert de support, de médiation dans la prise en charge psychomotrice. Cependant, il ne faut tout de même pas oublier que le corps du psychomotricien est son principal outil.

« Le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur – qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire »[46].

Mathéo exprime son besoin des objets physiques pour donner du sens à sa séance (construction de cabane, jeux moteurs, etc.). Cependant, lors de ses moments de régression, le corps du psychomotricien, de par sa proximité, sa contenance, son toucher, est le média favorisé par Mathéo. Il exprime un grand besoin de maternage.

Le psychomotricien s'engage dans l'espace et dans le temps avec son patient. Il va écouter et essayer de comprendre ce que peut vivre ce dernier, en lisant les mouvements et manifestations du corps du patient mais également en apprenant de ses propres réactions.

La médiation corporelle ou l'utilisation d'un média physique rassemble le patient et le psychomotricien sur un même objet commun à partager. Cet objet devient le témoin de la relation

[46] POTEL, 2010, p. 322

existante mais permet aussi de la développer. Dans cette perspective, nous pouvons émettre l'hypothèse que la cabane représente pour lui sûrement le témoin de notre relation. Sa difficulté à la déconstruire s'expliquerait alors ainsi.

*Les règles :*

Il y a forcément des règles dans une prise en charge psychomotrice, implicites ou explicites. Ce terme est défini dans le dictionnaire comme « une prescription qui s'impose à quelqu'un dans un cas donné ; principe de conduite »[47]. Les règles sont indispensables à la pratique psychomotrice ou dans toute autre profession médicale et paramédicale. Elles sont garantes de la sécurité tant physique que psychique. Elles posent également des limites spatiale, temporelle et sociale. La séance de déroulera dans la salle de psychomotricité. Elle durera 45 minutes. Et il ne faut faire mal ni à autrui, ni à soi même. Ces règles font parties intégrantes du cadre et les enfants peuvent parfois les tester.

On peut percevoir le refus de Mathéo quant à quitter la salle de psychomotricité en fin de séance, comme une manière de tester le cadre, sa solidité ainsi que sa fiabilité. Peut-il avoir confiance en lui ?

2) Fonctions du cadre thérapeutique

Après avoir posé les composantes d'un cadre thérapeutique, je me suis alors attachée aux fonctions qu'il pouvait avoir. Ces fonctions prennent appuis sur les composantes physiques présentées précédemment.

*La fonction de contenance :*

Le cadre, par les différentes composantes physiques qui le constituent, apporte une sécurité et une stabilité. Ce climat de sécurité instauré, l'enfant peut alors y déposer ses angoisses et ses peurs. Mais c'est également un espace propice à l'introjection de « bons » éléments. Le cadre instaure un véritable espace externe rassurant qui va être testé et malmené par l'enfant qui voudra en vérifier sa solidité. Il permet aussi de signifier une séparation entre un espace externe correspondant ici à la salle d'attente et son environnement, et un espace interne qui est la salle de psychomotricité. Celle-ci est alors investie de telle manière que ce qu'il se passe en son sein est le reflet de l'état interne du sujet. Ainsi en instaurant cette barrière entre extérieur et intérieur, le cadre protège des agressions extérieures que l'enfant peut subir au quotidien. Le cadre peut néanmoins également protéger des agressions internes en rappelant les règles inhérentes au cadre thérapeutique. Un climat de confiance s'établit alors et permet l'expérimentation et la verbalisation. Peu à peu l'enfant acquiert, par le biais de cette fonction de contenance du cadre, une sécurité qui devient interne.

[47] Dictionnaire encyclopédique, 2004, p. 1338

Mathéo peut nous dire, un jour en fin de séance, qu'il ne veut pas partir, qu'il voudrait rester avec nous toute l'après midi. Nous lui disons alors que ce n'est pas possible. Sa séance est terminée et c'est l'heure d'une séance avec un autre enfant. Il nous répondra alors qu'il ne veut pas que d'autres enfants viennent dans la salle. Seul lui, a l'autorisation de venir.

*La fonction limitante :*

Toutes les composantes du cadre participent à sa fonction limitante. Le cadre spatial délimite un dedans et un dehors. Le cadre temporel met en évidence un avant, un pendant, une fin et un après. Le cadre matériel, quant à lui participe à la différenciation entre un soi et un non-soi. Et enfin, les règles permettent de poser des limites pour le bien être de chacun, et préviennent des possibles passages à l'acte. Le patient va tester les limites physiques et psychiques du cadre thérapeutique avant de pouvoir trouver ses propres limites. Le psychomotricien est donc garant de cette fonction par la régularité des règles qu'il maintient.

*La fonction de symbolisation :*

Selon POTEL C., « Le psychomotricien développe une certaine qualité de présence corporelle […] pour pouvoir accueillir les expressions corporelles de ses patients et permettre une transformation de ces symbolisations primaires en symbolisations plus secondarisées via les voies du langage »[48].

Le psychomotricien par sa capacité d'écoute, va mettre des mots sur des manifestations corporelles. Il permet ainsi la transformation de ses éprouvés en représentations. Le processus de symbolisation s'engage alors et donne l'accès aux représentations.

« La fonction essentielle du cadre serait d'atteindre la stabilité pour qu'il y ait processus, mouvance et créativité »[49].

Mathéo symbolise ses angoisses au cours des séances. Cependant lors de l'entretien avec sa mère, il a pu avoir accès à une symbolisation plus secondarisée comme le dit POTEL C., dans le récit de son cauchemar, pouvant alors mettre des images et des mots sur ses angoisses.

Dans la conception d'un cadre thérapeutique se généralisant au CMP, je m'interroge ici, dans la situation de Mathéo, sur l'enchainement de sa séance de psychothérapie avec celle de psychomotricité. Nous le retrouvons souvent « éteint » en salle d'attente. Que signifie cette particularité pour lui ? Et quelles en sont les répercussions ? Je n'ai pas de réponse à ce jour, mais c'est un questionnement qu'il faudrait probablement approfondir. C'est une question d'ordre institutionnel.

[48] POTEL, 2010, p. 329
[49] KAES, 1994, p. 95

b. Fonctions du psychomotricien

Je me suis ensuite questionnée sur la place du psychomotricien dans la gestion de l'angoisse. Quelles sont les fonctions du psychomotricien participant à la contenance des angoisses ?

LIOTARD D. définit la fonction du psychomotricien en exposant le fait qu'il « offrira un contenant corporel pour suppléer aux défaillances du Moi-peau, il verbalisera des échanges pour donner sens, établir des liens, en même temps qu'il sera garant du cadre thérapeutique »[50]. Dans cette définition, LIOTARD D. énumère des fonctions de contenance, de verbalisation, le fait de donner du sens, de relation mais aussi d'être garant du cadre ; auxquelles j'ajouterai une fonction de pare-excitation ainsi que l'importance du dialogue tonico-émotionnel dans la relation. La spécificité du psychomotricien est sa capacité d'engagement corporel dans la relation.

Je vais alors vous présenter ces différentes fonctions du psychomotricien qui me paraissent primordiale dans l'accueil des angoisses de Mathéo mais qui représentent aussi un des moyens de contenir celles-ci.

*Le psychomotricien, garant du cadre thérapeutique :*

C'est lui, qui pense et met en place les modalités du cadre thérapeutique. Le psychomotricien maintient ce cadre de par sa présence physique mais aussi psychique. Il se rend disponible à la relation par sa posture, son écoute, sa capacité à percevoir les différents états émotionnels du patient. Le cadre impose des règles et des limites dont le psychomotricien en est le garant. Ce dernier se pose alors comme élément du cadre avec sa propre identité ainsi que ses propres limites. Un sentiment de sécurité se dégage alors de cette fonction.

*La fonction de contenance :*

Cette fonction est assurée par le psychomotricien mais aussi par le cadre comme nous avons pu le voir précédemment.

Je remarque à chaque séance, l'importance de la salle de psychomotricité et de notre présence qui me semblent représenter, pour Mathéo, un lieu sécure où il peut exprimer ses angoisses, mais aussi se laisser aller à nous montrer le vide interne auquel il est confronté. Ce qui illustre bien la fonction de contenance du cadre thérapeutique mais aussi celle du psychomotricien, Mathéo ayant identifié ce temps comme sécure. Il effectue un vrai clivage entre l'intérieur de la salle et l'extérieur représenté par la salle d'attente où plus globalement sa vie de tous les jours. A chaque sortie de la salle de psychomotricité, en fin de séance, Mathéo a comme une reprise tonique et psychique. Le seul instant de « fragilité » qu'il s'accorde est alors terminé.

[50] LIOTARD, 2008, p. 56-57

La disponibilité du psychomotricien que j'évoquais antérieurement permet la distinction de manifestations corporelles signifiant les angoisses. Son rôle est alors d'accueillir et de verbaliser ces dernières pour renvoyer des éléments surmontables par le patient. Il joue alors presque un rôle de filtre qui symboliserait et transformerait des éléments chaotiques en éléments tolérables tout en leur donnant une signification. La fonction de contenance du psychomotricien s'approche alors de celle de la « capacité de rêverie de la mère » et de sa fonction alpha, toutes deux élaborées par BION W.R. que j'ai décrite dans une autre partie. Cette capacité du psychomotricien permet un étayage au développement psychocorporel de l'enfant.

« D.W. WINNICOTT met en évidence les similitudes de la mère et du thérapeute dans leur fonction de miroir et de soutien à la poursuite du même objectif : le passage de la dépendance à l'autonomie, l'accession à la capacité de jouer ensemble, la découverte du soi à travers la création »[51].

Cette fonction de contenance du psychomotricien s'appuie alors également sur le mécanisme de « préoccupation maternelle primaire » de WINNICOTT D.W.. Sans s'inclure dans ce mécanisme, le psychomotricien peut toutefois mettre en jeu un *holding* et un *handling* qui s'apparente à celui de la mère.

En fin de séance, Mathéo, cloué au sol, est en attente et exprime un besoin de maternage. Dans un corps à corps, nous le portons très régulièrement pour le remettre sur ses pieds. Tout d'abord en posant nos mains sous sa nuque puis en le relevant en position assise. Nous le mettons enfin debout en le soutenant et en gardant un contact sur son dos. Dans ces instants, Mathéo se laisse faire, totalement hypotonique, se laissant peser de tout son poids. Il ne veut souvent pas remettre ses chaussures seul et prend également une voix ressemblant à celle d'un tout petit. Il exprime lors de ces moments un grand besoin de contenance physique. A notre contact, il peut s'apaiser petit à petit.

*La fonction de pare-excitation :*

En séance, Mathéo est allongé, imitant une électrocution traversant son corps. Il en imite les bruits. Mathéo est envahi par ces mouvements internes incontrôlables. Je m'approche alors pour m'inclure dans son jeu qui n'en est plus vraiment un. Je suis alors un docteur qui vient pour le soigner. Je l'entoure de mes bras, le redresse légèrement pour le mettre en appui sur moi et le contient physiquement.

Cette fonction représente donc des actions mises en place par le psychomotricien face à une excitation ou des angoisses majeures trop importantes qui deviennent alors ingérables par le patient lui-même. Il s'agit alors d'abaisser le seuil d'excitation.

[51] GOLSE, 2008, p. 88

*Le dialogue tonico-émotionnel :*

Le dialogue tonico-émotionnel peut être défini par l'ajustement tonique réciproque entre la mère et son bébé qui leur permet de communiquer. Un état hypertonique signera une alerte, alors qu'un état hypotonique sera plutôt la preuve d'un bien être du bébé. Le psychomotricien, par le biais de cette spécificité, peut s'ajuster sur le plan tonique à son patient. Cependant le dialogue tonico-émotionnel permet également, et c'est là qu'il prend toute son importance, d'identifier les changements d'états toniques en fonction des émotions par lesquelles ils sont traversés. Nous pouvons alors dire qu'il fait parti de la communication infra verbale. Les psychomotriciens, dans leur formation, sont énormément sensibilisés à cette forme de communication.

Mathéo ne parle pas beaucoup de ses angoisses en tant que telles, mais plus globalement, il ne dit que peu de mots pendant les séances. Cette fonction est d'autant plus importante que Mathéo exprime très explicitement ses angoisses sur un plan corporel ou sous forme de mise en scène.

Au cours d'une séance, Mathéo attrape le rouleau en mousse (qui mesure environ un mètre de haut), Christine lui propose de le faire rouler sur son corps et il accepte. Au passage du rouleau, il simule un écrasement, en rentrant son ventre, se crispant et bloquant même sa respiration. Son visage devient rouge et ses yeux me donnent l'impression qu'ils vont sortir de leurs orbites.

**Conclusion :**

L'objectif d'une prise en charge comme celle de Mathéo, correspond à la possibilité du patient de mettre à distance ses angoisses. Mais pour arriver à cela, les angoisses doivent pouvoir être contenu par le psychomotricien lors d'instants qui semblent être insurmontables par le patient lui-même. Le psychomotricien impose alors un cadre thérapeutique qui, par ses fonctions, et les propres fonctions du psychomotricien, soutiendront le sujet dans la manifestation de telles angoisses. Cependant l'observation clinique de Mathéo nous informe également que le lien et la relation, sont aussi des réponses pour lutter contre l'effondrement psychocorporel qu'il présente lors des séparations notamment.

# Conclusion

Au fil de ce mémoire, j'ai essayé de rendre compte des difficultés que pouvaient présenter Mathéo ainsi que leurs expressions psychocorporelles. Ces manifestations psychocorporelles de l'angoisse me sont apparues comme un signe d'alerte. Il attendait quelque chose de moi, une réponse. J'ai donc cherché dans un second temps les moyens à notre disposition en tant que psychomotricien pour contenir l'angoisse. Mes points de réflexion quant à cette deuxième question ne sont pas exhaustifs et pourraient s'étayer par la pratique propre à chaque psychomotricien. Ce travail d'écriture m'a permis d'affiner mon regard clinique et ma compréhension des expressions psychocorporelles des angoisses.

Les limites d'une prise en charge telle que celle de Mathéo concernent son évolution. Malgré une évolution positive au cours de ces quelques mois de prise en charge, Mathéo reste néanmoins envahi par ses angoisses lors des temps de transition et de séparation. C'est une prise en charge longue, qui demande un grand investissement et beaucoup d'énergie de la part du psychomotricien. Je me questionne alors sur le devenir d'une telle prise en charge mais également sur le devenir de Mathéo et son évolution dans son environnement extérieur.

Je souhaitais tout de même également aborder l'aspect transférentiel qui s'est joué dans la relation que j'ai pu établir avec Mathéo ; cette relation qui a été mise à l'épreuve et au travail tout au long de sa prise en charge. Mathéo présentait, lors des séances, une angoisse de séparation, mais elle apparaissait comme une difficulté à se séparer, de nous, soignants, et non de sa figure d'attachement. BOWLBY J. décrit la figure d'attachement comme étant la mère ou plus globalement les parents de l'enfant. Le trouble angoisse de séparation, d'après les différents auteurs, survient lors d'une séparation d'avec la figure d'attachement ou l'éloignement de la maison. Cependant, Mathéo présente une grande difficulté à quitter la salle de psychomotricité à chaque fin de séance, qui signe alors une séparation. Je me suis donc questionnée sur le fait de pouvoir représenter, pour lui, une figure d'attachement qu'il aurait du mal à quitter. J'émets donc l'hypothèse que Mathéo a investi les professionnels du CMP sous cette forme. Le psychomotricien, une figure d'attachement ? En me basant sur cette hypothèse, les nombreuses ruptures dans sa prise en charge tant psychomotrice que psychologique sont alors peut être à l'origine d'un attachement spécifique déficient, expliquant alors les troubles en fin de séance. Cependant, j'observe aussi une difficulté à entrer en relation en début de séance. Comme dit précédemment, est-ce une façon pour lui de se protéger d'une nouvelle séparation ? Participe-t-elle au maintien de ce type d'attachement ? En fait-elle partie ? Ces nombreux questionnements pourraient faire à eux seuls l'objet d'un sujet de mémoire, c'est pourquoi je vous le propose comme une ouverture faisant certainement appel à une suite…

# Bibliographie


- AJURIAGUERRA J. (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.
- AMERICAN PSYCHATRIC ASSOCIATION (1996), *DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- BAILY D. (2004), *L'angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent*, 2ème édition, Paris, Masson.
- BERA L. (2015), Thèse pour le doctorat en médecine, *Les conséquences psychologiques de la séparation parentale chez l'enfant : quelle place pour le pédopsychiatre ?,* Faculté mixte de médecine et de pharmacie, Rouen.
- BOULEY C. (1997), Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de psychomotricien, *L'anxiété chez l'enfant : ses relations avec le comportement et la motricité*, Université Pierre et Marie Curie, Paris.
- BOWLBY J. (2002), *Attachement et perte 1 : L'attachement*, Paris, 5ème éditions, PUF.
- CONSTANTINO C. (2011), *Introduction in Clinique 1 Contenance et soin psychique*, Ramonville Saint-Agne, Eres.
- CYRULNIK B. (2002), *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.
- DE BALZAC H. (1839), *Un grand homme de province à Paris*.
- Dictionnaire encyclopédique (2004), Montréal, Larousse.
- DRU V. (2006), Chapitre 6 L'école française de psychologie clinique de Janet, à Wallon et ses successeurs *in Psychologie clinique*, Paris, Hachette supérieur.
- FRANCIS G., LAST C.G., STRAUSS C. (1987), *Expression of separation anxiety disorder : the roles of age and gender*, Child Psychiatry Hum. Develop..
- FREUD S. (1983), *Inhibition, symptômes et angoisse*, Collection Quadrige, Paris, PUF.

- GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F., MOYANO O., SCIALOM P. et CORRAZE J. (2011), Chapitre 9 La relation en psychomotricité *in Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck Solal.

- GOLSE B. (2008), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 4ème édition, Paris, Masson.

- KAES R. (1994), *La parole et le lien, Associativité et travail psychique dans les groupes*, Paris, Dunod.

- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (2007), *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5ème édition Quadrige, Paris, PUF.

- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Collection L'ailleurs du corps, Toulouse, Eres.

- LIOTARD D. (2008), Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur *in Psychomotricité : entre théorie et pratique*, sous la direction de POTEL C., Collection psycho, Paris, Edition in Press.

- PIREYRE E. W. (2015), *Clinique de l'image du corps Du vécu au concept*, 2ème édition, Paris, Dunod.

- POTEL C. (1999), *Le corps et l'eau. Une médiation en psychomotricité*, Toulouse, Eres, 2009.

- POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Eres.

- RENAUD T. (1988), *Le choc d'un murmure*, Collection Littérature d'Amérique, Montréal, Editions Québec/Amérique.

- ROBERT-OUVRAY S. (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer.

- ROBERT-OUVRAY S. et SERVANT-LAVAL A. (2011), Chapitre 5 : Le tonus et sa tonicité *in Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck Solal.

- SENN B. (2005), *Enjeux de la construction de cabanes en thérapie psychomotrice – Le corps en lien*, Le journal de l'ASTP, 71-76.

- SILLAMY N. (2010), *Dictionnaire de psychologie*, Villatuerta, Larousse in extenso.

- WINNICOTT D.W. (1958), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Editions Payot.
- WINNICOTT D.W. (1970), *Processus de maturation chez l'enfant Développement affectif et environnement*, Paris, Editions Payot.
- WINNICOTT D.W. (1992), *Le bébé et sa mère*, Paris, Editions Payot.

**RESUME**

Au cours de son développement, l'enfant se construit une sécurité interne. Elle est notamment favorisée par les soins maternels que décrit WINNICOTT D.W.. Lors de l'instauration d'une sécurité interne fragile, il est possible d'observer différentes angoisses.

Ce mémoire fait état de mes questionnements concernant la prise en charge psychomotrice d'un enfant présentant principalement une angoisse d'effondrement et une angoisse de séparation, persistant durant l'enfance, devenant alors pathologique. Il est le lieu de la description théorique de ces dernières. Cet écrit expose également ma réflexion quant aux expressions psychocorporelles possibles, comme conséquence de telles angoisses, chez l'enfant. Face à cette prise en charge, je me suis alors demandée quels étaient les moyens dont nous disposions, en tant que psychomotricien, pour contenir l'angoisse.

**Mots clés**

Sécurité interne – Angoisses – Enfant – Expressions psychocorporelles – Contenance.

---

**SUMMARY**

All along his life, a child tries to build up an inner security. In this period, all the maternal cares are very important as WINNICOTT D.W. described in his work. While the child settles an inner fragile security, we can observe different sort of anxieties.

Through this thesis, I am asking myself about the child's psychomotor help who mainly shows us an anxiety of collapse first and secondly another type of anxiety which deals with separation. This last anxiety which persists during childhood becomes then a pathology. Through my work, I describe the theory of these two last points. This work deals as well with the possible body-minded expressions which are the consequences of these anxieties. Concerning the child having to take in charge this situation, I have wondered which were the means we could use as a psychomotor therapist in order to contain the anxiety.

**Key words**

Inner security – Anxieties – Child – Body-minded expressions – Countenance.